



CARTA DE APRESENTAÇÃO

EQUIPE DE CAMPO DO PMAQ-PB

Prezado/a Gestor/a da Saúde,

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (AB).

Neste momento, nossa equipe, sob coordenação local das Universidades Federais da Paraíba e de Campina Grande, está desenvolvendo a terceira fase do PMAQ, referente à Avaliação Externa.

Os professores responsáveis selecionaram e qualificaram um grupo de avaliadores que será acompanhado em suas atividades por supervisores. O supervisor é a pessoa imediatamente responsável por solucionar eventuais intercorrências no trabalho de campo e deve ser diretamente contatado pelos gestores quando necessário. O trabalho dos supervisores é acompanhado de perto por professores da equipe de coordenação, os quais, caso seja necessário, podem apoiar a construção de soluções diante de eventuais intercorrências, visando o melhor desenvolvimento da avaliação.

Antes da ida da equipe de avaliação ao município, os gestores serão contatados para que sejam realizados esclarecimentos e as combinações necessárias ao adequado andamento das atividades. Quaisquer dúvidas ou intercorrências, favor entrar contato com os membros das equipes que irão realizar a avaliação externa no seu município, conforme anexo.

Para que nosso trabalho seja o mais produtivo possível, solicitados a disponibilização de algum profissional que auxilie nossas equipes no planejamento dos roteiros das avaliações e na identificação das unidades a serem avaliadas.

Torna-se, ainda, imprescindível que hajam profissionais vinculados aos serviços que conheçam a rotina da unidade para responder a avaliação, com duração média de um turno.

Além disso, no caso da avaliação externa das equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), é recomendado a presença de mais de um profissional do NASF para responder as diversas questões do instrumento, que requer informações de diferentes categorias profissionais.

Torna-se oportuno informar que o PMAQ não possui caráter punitivo e os resultados da avaliação externa não irão interferir no repasse de verbas já realizado ao município. Da mesma forma, tem como único interesse aplicar o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de forma solidária e parceira.

Por fim, lembramos que no momento da avaliação será necessária a apresentação dos alguns documentos, que comprovem a existência de insumos, atividades e processos de trabalho instituídos pela equipe.

Para facilitar a avaliação, tanto para nossa equipe quanto para as equipes de saúde, sugerimos que seja consultado o instrumento de avaliação que utilizaremos, através dos links:

- Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada) – disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf.
- Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde Bucal e Equipe de Saúde Bucal Parametrizada) – disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sb.pdf.
- Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_nasf.pdf.

Segue, ainda, em anexo uma lista de documentos que serão necessários na avaliação.

Caso hajam dúvidas, entrem em contato conosco.

Atenciosamente,



Luciano Bezerra Gomes

Coordenador Geral da Avaliação Externa do PMAQ no Estado da Paraíba

EQUIPE DA AVALIAÇÃO EXTERNA

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
ALEXANDRE JOSÉ DE MELO NETO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
THAÍS LOURENNA DA SILVA FERREIRA	Supervisor(a) de Campo	(83) 9978-9720
ALINE AYONE EMIDIO DE SOUZA	Avaliador(a) de Qualidade	-
CAMILA CARLA DANTAS SOARES	Avaliador(a) de Qualidade	
CARLA LIDIANE JACOME DE LIMA	Avaliador(a) de Qualidade	
DANIELLE NÓBREGA MIGUEL	Avaliador(a) de Qualidade	
RAFAELLA ALVES SARMENTO COSTA	Avaliador(a) de Qualidade	
VANESSA COSTA DE MELO	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
JÓRIA VIANA GUERREIRO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
ANA TERESA DE AZEVÊDO LACERDA	Supervisor(a) de Campo	(83) 9924-8105
AMANDA MARITSA DE MAGALHÃES OLIVEIRA	Avaliador(a) de Qualidade	-
ANDREA DE PAIVA SOUSA	Avaliador(a) de Qualidade	
CHARLANE GABRIELLY DE A. FARIAS	Avaliador(a) de Qualidade	
JANINE MARQUES BATISTA	Avaliador(a) de Qualidade	
JULIANA MONTEIRO DA FRANCA	Avaliador(a) de Qualidade	
LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
FRANCISCO DE SALES CLEMENTINO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 9981-1264
JOÃO PAULO LOPES DA SILVA	Supervisor(a) de Campo	(83) 9933-1429
BENALDA PINHEIRO DE LIMA	Avaliador(a) de Qualidade	-
FÁBIO RAMON BEZERRA CLEMENTINO	Avaliador(a) de Qualidade	
MARCELA VIRGÍNIA DE LIMA ANDRADE BRITO	Avaliador(a) de Qualidade	
OLGA BENÁRIA COSTA	Avaliador(a) de Qualidade	
POLLYANNA GOMES JÁCOME	Avaliador(a) de Qualidade	
VIRGINIA BATISTA DE MORAIS	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
FRANCISCO DE SALES CLEMENTINO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 9981-1264
THAINÁ VIEIRA CHAVES	Supervisor(a) de Campo	(83) 9933-1429
ANA CAROLINA DE SOUSA GARCIA	Avaliador(a) de Qualidade	-
AUGUSTA MAÍSA ALBUQUERQUE	Avaliador(a) de Qualidade	
LUCIENE LIMA SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	
MONIK ARAUJO RODRIGUES CRUZ	Avaliador(a) de Qualidade	
RENATA CAVALCANTI CORDEIRO	Avaliador(a) de Qualidade	
THAIS DE OLIVEIRA ARAÚJO	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
JÓRIA VIANA GUERREIRO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
THALLYTTA THAMARA DA SILVA GUIMARÃES	Supervisor(a) de Campo	(83) 9962-9595
ANA CAROLINA CAMPOS TARGINO	Avaliador(a) de Qualidade	-
ANGELY CALDAS GOMES	Avaliador(a) de Qualidade	
EDUARDA PONTES DOS SANTOS ARAÚJO	Avaliador(a) de Qualidade	
KARINY KELLY DE OLIVEIRA MAIA	Avaliador(a) de Qualidade	
LUANA IDALINO DA SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	
SUELY CARDOSO DE MEDEIROS	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
JULIANA SAMPAIO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
ROCHELLE CIRNE CARAMURU	Supervisor(a) de Campo	(83) 8106-0055
ALESSANDRA MARIA C. BARROS DELGADO	Avaliador(a) de Qualidade	-
CINTHIA MACÊDO PINHEIRO	Avaliador(a) de Qualidade	
DANIELE ALVES PEIXOTO	Avaliador(a) de Qualidade	
EDNA DE ALMEIDA GOMES	Avaliador(a) de Qualidade	
LEILA ALCINA CORREIA VAZ B. CARTAXO	Avaliador(a) de Qualidade	
MARIA LUCIANA DA SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
ANDRÉ PETRAGLIA SASSI	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
POLYANA BARBOSA DA SILVA	Supervisor(a) de Campo	(83) 9922-6191
ALEYDE CHRISTIANE ARAUJO DA SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	-
CRISTIANE BARBOSA DOS SANTOS	Avaliador(a) de Qualidade	
MARIAMA RIBEIRO DE CARVALHO	Avaliador(a) de Qualidade	
VAMBERTA OURIQUES RAFAEL	Avaliador(a) de Qualidade	
VIERLANE MAIA DE OLIVEIRA	Avaliador(a) de Qualidade	
YOHANA BRUNNA SOUSA E SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
ALEXANDRE JOSÉ DE MELO NETO	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7242
ISRAEL DIAS DE CASTRO	Supervisor(a) de Campo	(83) 9646-9010
ALANA FRANCO DA SILVA	Avaliador(a) de Qualidade	-
AMANDA OLIVEIRA DA SILVEIRA M. DANTAS	Avaliador(a) de Qualidade	
ANANDA NEVES DIAS ARNOUD	Avaliador(a) de Qualidade	
CIBELE SOARES DA SILVA COSTA	Avaliador(a) de Qualidade	
JORDANA LUCK COELHO GONÇALVES SOARES	Avaliador(a) de Qualidade	
TEREZINHA DE JESUS NOGUEIRA OLIVEIRA	Avaliador(a) de Qualidade	

NOME	FUNÇÃO	CONTATO
ANA MARIA GONDIM VALENÇA	Professor(a) Coordenador(a)	(83) 3216-7251
EDMILSON CALIXTO DE LIMA	Supervisor(a) de Campo	(83) 9954-0230 (83) 8888-3225
DANYELLE NÓBREGA DE FARIAS	Avaliador(a) de Qualidade	
KARIME BARACAT VIANA	Avaliador(a) de Qualidade	
KARLA DA SILVA LIMA	Avaliador(a) de Qualidade	
NATÁLIA GONÇALVES LIRA	Avaliador(a) de Qualidade	
RENATA NEWMAN L. CARDOSO DOS SANTOS	Avaliador(a) de Qualidade	
RICHARDSON MARCELO DA COSTA PEREIRA	Avaliador(a) de Qualidade	

MATERIAIS IMPRESSOS QUE SERÃO SOLICITADOS

PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Documento que conste o CNES da UBS, o código de área e o INE (Identificador Nacional de Equipe) da equipe.
 2. Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatando que há espaço para ampliação.
 3. Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município.
 4. Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
 5. Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
 6. Matriz de intervenção, planilha ou outro documento que comprove o registro do planejamento da equipe
 7. O instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado
 8. O mapa do território da equipe
 9. O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários no arquivo ou ver o prontuário eletrônico a fim de observar se os prontuários estão organizados por núcleo familiar
 10. O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários e observar se tem folha de rosto padrão preenchida
 11. Mostrar o prontuário eletrônico na tela do computador
 12. Agenda em papel ou informatizada organizada para a realização das ações assinaladas (Visita domiciliar, Grupos de educação em saúde, Atividade comunitárias, Consultas para cuidado continuado, Acolhimento à demanda espontânea)
- *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
13. Agenda em papel ou informatizada organizada com a reserva de vagas ou com um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames

14. Relatório do prontuário eletrônico ou e-SUS ou planilha ou lista contendo informações do que a equipe possui de registro do seu território (De todas as gestantes, Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, Das mulheres elegíveis para exame de mamografia, Das crianças até dois anos, Das pessoas com hipertensão, Das pessoas com diabetes, Das pessoas com DPOC/Asma, Das pessoas com obesidade)

*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

15. Agenda em papel ou informatizada organizada para ofertar consultas para diferentes situações (Pré-natal, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Obesidade, DPOC/Asma, Transtorno mental, Crianças até dois anos)

*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

16. Protocolos para estratificação de risco para diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, DPOC/Asma, Álcool e drogas)

*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

17. Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários de maior risco encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção

18. Planilha, caderno, ficha ou outro documento que comprove a realização de busca ativa para as diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer do colo do útero, Citopatológico atrasado, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Prematuras, Com baixo peso, Com consulta de puericultura atrasada, Com calendário vacinal atrasado, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, Álcool e drogas)

*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

19. Documento contendo o tempo estimado de espera dos usuários encaminhados para atendimento especializado de consultas e exames (dos usuários encaminhados nos últimos três meses) para as seguintes especialidades exames: consulta em cirurgia geral, consulta em cardiologia, consulta em otorrinolaringologia, consulta em dermatologia, consulta em gastroenterologista, consulta em neurologia, consulta em

oftalmologia, consulta em psiquiatria, consulta em fisioterapia, exame de mamografia para diagnóstico precoce de câncer de mama e exames de ultrassonografia no pré-natal.

20. Cartão espelho das gestantes
21. Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza consulta de puericultura (por exemplo, consolidado de consultas no mês por faixa etária)
22. Espelho do cartão da criança, contendo informações do crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal
23. Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano
24. A ficha de notificação de tuberculose
25. Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)
26. Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)
27. Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com hanseníase
28. A ficha de notificação de hanseníase
29. Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza o acompanhamento do tratamento das pessoas com hanseníase
30. Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos ao tratamento das pessoas com hanseníase
31. Lista, planilha ou outro documento contendo os casos mais graves dos usuários em sofrimento psíquico (impressa ou eletrônica)
32. Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
33. Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
34. Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidade do uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (impressa ou eletrônica)
35. Planilha, caderno, ficha ou outro documento que tenha o registro das atividades de promoção da saúde (impresso ou eletrônico)

*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

36. Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários/família cadastrada no Programa Bolsa Família
37. Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
38. Lista, planilha ou outro documento contendo o levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)
39. Lista, planilha ou outro documento contendo o registro do número de acamados/domiciliados do território
40. Cartaz, cartão, panfletos, informativos, ficha, livro, caderno, relatório ou outro documento contendo os canais de comunicação disponibilizados pela equipe para os usuários
*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
41. Livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
42. Registro das atividades desenvolvidas na escola (impresso ou digital)
43. Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares com necessidades de acompanhamento
44. Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares que necessitaram de encaminhamento
*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

1. Documento para auxiliar a responder o CNES e área da equipe: Termo de compromisso com o CNES e área no momento da adesão, relatório do CNES ou outro.
2. Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
3. Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
4. Planilha, caderno ou outro documento que comprove a realização atividade de planejamento realizado pela equipe, com ata da reunião assinada pelos participantes.
5. AMAQ, AMQ ou outro documento elaborado pela equipe ou fornecido pelo município ou estado para fins de autoavaliação das equipes.
6. AMAQ, AMQ ou outro documento elaborado pela equipe ou fornecido pelo município ou estado para fins de autoavaliação das equipes.
7. O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários no arquivo ou ver o prontuário eletrônico a fim de observar se os prontuários estão organizados por núcleo familiar
8. Relatório do prontuário eletrônico ou e-SUS ou planilha ou lista contendo informações do que a equipe possui de registro do seu território (De todas as gestantes, Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, Das mulheres elegíveis para exame de mamografia, Das crianças até dois anos, Das pessoas com hipertensão, Das pessoas com diabetes, Das pessoas com DPOC/Asma, Das pessoas com obesidade)
*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
9. Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção
10. Lista, planilha ou outro documento contendo os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca para a gestão do caso
11. Cartão espelho das gestantes
12. Cartão da criança ou prontuário do paciente

PARA AS EQUIPES DO NASF

1. Ata de reunião (assinada por um representante da gestão e pelos integrantes da equipe)
2. Termo de compromisso (assinado pelo representante da equipe)
3. Cronograma/escala semanal, mensal ou anual que identifique quais locais estão “reservados” para utilização pelo NASF
4. Planilha ou plano de ação da equipe NASF, ou plano de ação da equipe de AB que contenha ações do NASF com periodicidade mensal
5. Planilha ou plano de ação da equipe NASF, ou plano de ação da equipe de AB que contenha ações do NASF com a sua periodicidade
6. Documento que contenha indicadores que o município/NASF utiliza para monitorar seu processo de trabalho e/ou sua produção (exemplo: Planilha, lista, relatórios ou outros documentos gerados periodicamente)
7. O AMAQ ou outro instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado.
8. Lista, planilha, caderno/livro de registro ou fichas com os casos compartilhados e para os quais foram construídos PTS.
9. Lista com as solicitações de apoio das equipes para o NASF e o que foi atendido dessas demandas, bem como o tempo que o NASF demorou a atender, ou outro documento que contemple análise dessas questões.