



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA
PROJETO: “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) NO PIAUÍ” – 2º CICLO

UFPI - FADEX Contrato 08/2013
Termo de Cooperação UFPI – FNS nº 25000.107676/2013-87



COORDENÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO DO PI NOTA TÉCNICA 1

INTRODUÇÃO

Tendo em vista o cumprimento da **Portaria nº. 1.654 de 19 de julho de 2011**, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)** e a nossa responsabilidade como uma das seis Instituições de Ensino e Pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para executar a **3ª (terceira) FASE do PMAQ (Avaliação Externa)**, vimos prestar alguns esclarecimentos.

Como os senhores sabem, o PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, tendo sido Lançado em 2011. Em seu **primeiro ciclo** o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal.

Em 2013 acontece o **segundo ciclo** do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família-eSF, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal. Não houve limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município puderam aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ.

A UFPI ficou responsável pela Avaliação Externa do estado do Piauí neste **2º Ciclo (PMAQ 2) iniciado em 2013**. Convém ressaltar que a **Avaliação Externa dos CEOs não será feita pela nossa Instituição**.

Esclarecidos estes primeiros pontos, queremos externar nossos agradecimentos pelo **apoio recebido no 1º Ciclo da Avaliação Externa (PMAQ 1)**, no qual foi realizado um **Censo das UBS do Estado e Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica (EAB) que aderiram ao programa**.

Neste **2º Ciclo da Avaliação Externa (PMAQ 2)**, considerando que não faremos avaliação dos CEOs, a pesquisa será aplicada às Equipes da Atenção Básica (**EABs/eSF**), as **Equipes de Saúde Bucal (ESB)** e os **Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF)** que aderiram ao PMAQ.

INFORMES SOBRE O CAMPO

A Avaliação Externa se dará através da ida ao campo dos Avaliadores de Qualidade previamente selecionados e considerará três dimensões: as condições de trabalho; o apoio da gestão; o processo de trabalho das equipes; as relações da equipe no contexto da Educação Permanente em saúde e o Nível de Satisfação do Usuário.

No momento estamos em fase final do processo preparatório para a pesquisa de Campo, desenvolvendo as etapas de seleção e capacitação dos avaliadores de Qualidade-AQ. Pretendemos fazer o lançamento da pesquisa no dia 06 de janeiro de 2014, nas cidades de Teresina, Picos e Parnaíba simultaneamente. Dando sequencia as outras regiões no mês de janeiro, conforme cronograma que enviaremos **posteriormente aos municípios do estado.**

As equipes que fizeram opção em aderir ao PMAQ (2º Ciclo), **deverão se organizar para a Avaliação externa (3ª fase) de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica** com base na autoavaliação (2ª fase) previamente realizada por eles. A Avaliação Externa resultará na institucionalização do monitoramento e avaliação na Atenção Básica/SUS com reconhecimento e valorização de todo o esforço e resultados alcançados pelas equipes contratualizadas.

Aproveitamos para encaminhar a lista de documentos comprobatórios das informações da pesquisa, a serem providenciados pelas equipes, previamente a visita dos Avaliadores de Qualidade. Para tanto, solicitamos aos gestores municipais e das regionais e que socializem com os gestores de seus municípios e **as respectivas EABs, ESB e NASFs que aderiram ao PMAQ-2**, a lista de documentos em anexo e aproveitem estes dias para se organizarem para receber a equipe de Avaliadores da Qualidade.



Osmar de Oliveira Cardoso
Coordenador da Pesquisa de Campo PMAQ-2/PI

ANEXO

LISTA DE DOCUMENTOS/FONTES DE VERIFICAÇÃO – AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-2

Os documentos/fontes de verificação listados abaixo subsidiarão o trabalho das equipes de avaliação externa, desta forma, é importante que **as equipes se preparem e organizem os documentos para facilitar a verificação dos mesmos**. Devem ser utilizados para verificação os documentos mais recentes produzidos pela equipe.

Para algumas questões indicamos que vários documentos podem comprovar a questão, incluindo aqueles elaborados pelas equipes de atenção básica, equipes de saúde bucal, NASF, ou equipes da gestão municipal e estadual para auxiliar a organização do processo de trabalho da equipe.

ATENÇÃO:

- ✓ **Um mesmo documento poderá comprovar múltiplas questões;**
- ✓ **Para algumas questões o avaliador da qualidade irá solicitar ao profissional entrevistado que indique no documento o item que comprova as mesmas.**
- ✓ **OS documentos para comprovação das ações de Saúde Bucal, Práticas Integrativas e Complementares, e Programa Saúde na Escola só serão solicitados caso a equipe tenha profissionais de saúde bucal, desenvolva práticas integrativas e complementares e participe do Programa Saúde na Escola.**
- ✓ **Se o gestor municipal sinalizar que a equipe contratualizada não quer mais participar da avaliação externa**, o Termo de Recusa do Gestor Municipal deverá ser assinado por ele, e a equipe deixará de fazer parte do cronograma de campo;
- ✓ **As equipes que os gestores sinalizarem que não irão mais participar da avaliação externa**, o Avaliador de Qualidade deverá preencher no tablet a opção de recusa, identificar os motivos e o Gestor deverá assinar o **Termo de Recusa do Gestor da Saúde**;
- ✓ **As equipes que se recusarem/não houver profissional de nível superior para responder a avaliação**, o Avaliador de Qualidade deverá preencher no tablet a opção de recusa, identificar os motivos e o Responsável pela Atenção Básica do município deverá assinar o **Termo de Recusa das Equipes de Saúde**

Tabela 1: Documento para comprovação das ações das equipes de AB

Módulo	Documento
Módulo I	Documento que conste o CNES da UBS, o código de área e o INE (Identificador Nacional de Equipe) da equipe.
Módulo I	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.
Módulo I	Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município.
Módulo II	Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
Módulo II	Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
Módulo II	Matriz de intervenção, planilha ou outro documento que comprove o registro do planejamento da equipe
Módulo II	O instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado
Módulo II	O mapa do território da equipe
Módulo II	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
Módulo II	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários e observar se tem folha de rosto padrão preenchida
Módulo II	Mostrar o prontuário eletrônico na tela do computador
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários de maior risco encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção
Módulo II	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
Módulo II	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.

Módulo II	Cartão espelho das gestantes
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza consulta de puericultura (por exemplo, consolidado de consultas no mês por faixa etária)
Módulo II	Espelho do cartão da criança, contendo informações do crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano
Módulo II	A ficha de notificação de tuberculose
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com hanseníase
Módulo II	A ficha de notificação de hanseníase
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza o acompanhamento do tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos ao tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os casos mais graves dos usuários em sofrimento psíquico (impressa ou eletrônica)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidade do uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (impressa ou eletrônica)
Módulo II	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
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários/família cadastrada no Programa Bolsa Família
Módulo II	Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo o levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo o registro do número de acamados/domiciliados do território
Módulo II	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
Módulo II	Livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
Módulo II	Registro das atividades desenvolvidas na escola (impresso ou digital)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares com necessidades de acompanhamento
Módulo II	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

	*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários de maior risco encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção
Módulo II	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
Módulo II	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.

Módulo II	Cartão espelho das gestantes
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza consulta de puericultura (por exemplo, consolidado de consultas no mês por faixa etária)
Módulo II	Espelho do cartão da criança, contendo informações do crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano
Módulo II	A ficha de notificação de tuberculose
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com hanseníase
Módulo II	A ficha de notificação de hanseníase
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza o acompanhamento do tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos ao tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os casos mais graves dos usuários em sofrimento psíquico (impresa ou eletrônica)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidade do uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (impressa ou eletrônica)
Módulo II	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
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários/família cadastrada no Programa Bolsa Família
Módulo II	Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo o levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo o registro do número de acamados/domiciliados do território
Módulo II	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
Módulo II	Livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
Módulo II	Registro das atividades desenvolvidas na escola (impresso ou digital)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares com necessidades de acompanhamento
Módulo II	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

Tabela 2: Documento para comprovação das ações das equipes de SB

Módulo	Documento
Módulo II	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.
Módulo II	Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
Módulo II	Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
Módulo II	Planilha, caderno ou outro documento que comprove a realização atividade de planejamento realizado pela equipe, com ata da reunião assinada pelos participantes.
Módulo II	AMAQ, AMQ ou outro documento elaborado pela equipe ou fornecido pelo município ou estado para fins de autoavaliação das equipes.
Módulo II	AMAQ, AMQ ou outro documento elaborado pela equipe ou fornecido pelo município ou estado para fins de autoavaliação das equipes.
Módulo II	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
Módulo II	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
Módulo II	Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca para a gestão do caso
Módulo II	Cartão espelho das gestantes
Módulo II	Cartão da criança ou prontuário do paciente

Módulo II	Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
Módulo II	Registro das atividades desenvolvidas na escola/creche (impresso ou digital)
Módulo II	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares identificados com necessidades de saúde bucal que precisam de atendimento clínico