

Manual de Boas Práticas da Rede Prestadora



Unimed | 

Campo Mourão

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO (2019-2023)

MISSÃO

Prestar serviço médico e promover saúde por meio de práticas cientificamente comprovadas com segurança, assistência integral, ética e responsabilidade social dentro dos preceitos do cooperativismo.

VALORES

V - Verdade

I - Integridade

V - Valor Humano

E - Ética

R - Respeito e Responsabilidade

POLÍTICA DA QUALIDADE

Buscar a melhoria contínua dos processos, com foco na satisfação dos clientes internos e externos, oferecendo serviços com qualidade, visando sustentabilidade, crescimento e solidez da cooperativa.

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

Este manual aplica-se a todos os prestadores que atuam na área de ação da Unimed Regional de Campo Mourão e que prestam serviços de forma direta ou indireta ao beneficiário Unimed.

Neste material é possível consultar informações facilitadoras para a execução das rotinas de relacionamento com a Unimed e o atendimento aos seus beneficiários.

OBJETIVO

A Política de Relacionamento com o Prestador tem como objetivo promover desenvolvimento, segurança e satisfação das partes interessadas, através do comprometimento com a melhoria contínua, disponibilizando orientações relacionadas às práticas e processos da Operadora de Saúde Unimed Regional de Campo Mourão junto aos seus prestadores, oportunizando informações seguras, úteis e facilitadoras no processo que envolve a execução das rotinas e o cumprimento das normativas da Agência Nacional de Saúde, fortalecendo o vínculo entre a Operadora e seus prestadores e garantindo a qualidade no atendimento aos beneficiários.

SUMÁRIO

4 ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

- 4 DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS
- 4 PRAZO DE VALIDADE DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO – RENOVAÇÃO
- 4 ABRANGÊNCIA DO PLANO
- 5 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

5 ATENDIMENTOS À REDE PRESTADORA

- 5 REDE ASSISTENCIAL
- 6 DOCUMENTAÇÕES ATUALIZADAS
- 6 VISITAS DE BOAS PRÁTICAS
- 7 PROPOSTA PARA EXTENSÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- 7 QUALIFICAÇÃO À REDE PRESTADORA
- 8 DESCREDENCIAMENTO
- 8 AUTORIZADOR UNIMED – SISTEMA LÍBERO
- 8 ANÁLISE DA AUDITORIA EM SAÚDE
- 9 FATURAMENTO
- 9 OUVIDORIA DA UNIMED
- 10 POLÍTICA DA OUVIDORIA
- 10 RELACIONAMENTO COM O COOPERADO

11 NORMAS E RESOLUÇÕES APLICÁVEIS AO PRESTADOR

- 11 QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS
- 12 CONFIDENCIALIDADE E SIGILO
- 12 RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002
- 12 SEGURANÇA DO PACIENTE
- 12 O QUE É UM EVENTO ADVERSO?
E DANO AO PACIENTE?
- 13 A IMPORTÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES

14 CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS E BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

- 14 PROTOCOLOS CLÍNICOS
- 14 MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS
- 14 RN ANS nº 277
- 15 RN ANS nº 267
- 15 RDC Nº 36
- 16 QUALISS – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
- 16 ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO
- 17 METAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Para todo atendimento deverá, obrigatoriamente, ser exigido do beneficiário o cartão (carteirinha) de identificação do beneficiário da Unimed, observando-se sempre a data da validade do cartão, padrão de acomodação, carências (no verso do cartão), assim como o documento de identificação com foto.

O cartão virtual via Aplicativo da Unimed pode ser substituído pelo cartão físico.

PRAZO DE VALIDADE DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO – RENOVAÇÃO

A validade do cartão magnético é de um ano a partir da reemissão do cartão (plano pessoa física e jurídica).

ABRANGÊNCIA DO PLANO

A abrangência do plano deverá ser verificada no cartão do beneficiário, conforme a descrição do plano: LOCAL, ESTADUAL, REGIONAL e NACIONAL.

- Local ou Regional: o atendimento é assegurado somente na área de ação do plano contratado. O plano somente dará cobertura para atendimento fora da área de ação contratada quando não dispõe da especialidade médica ou do serviço necessário para atendimento ao beneficiário;

Alertar que o atendimento para os planos locais e regionais fora da área de ação SOMENTE poderá ser utilizado com prévia autorização da Unimed.

- Estadual: o atendimento é assegurado somente no estado do Paraná. O plano somente dará cobertura para atendimento fora da área de ação quando não dispõe da especialidade médica ou do serviço necessário para atendimento ao beneficiário.
- Nacional: o atendimento é assegurado em todo o território Nacional, desde que em rede credenciada ao sistema Unimed.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Para agilizar a liberação das solicitações de atendimentos, é preciso que os campos obrigatórios das guias padrão TISS sejam preenchidos corretamente, evitando morosidade na análise do processo e consequentemente insatisfação do cliente e prestador.

ATENDIMENTOS À REDE PRESTADORA

A qualidade do atendimento ao usuário e a satisfação pelo serviço prestado, deve ser a filosofia de instituições que se preocupam com sua eficiência e eficácia.

O atendimento de qualidade não se restringe apenas em atender o usuário com cortesia, mas também estabelecer canal de comunicação, para que ele expresse suas críticas e sugestões e utilizá-las para a melhoria dos serviços prestados. Portanto, é importante o prestador ter conhecimento dos setores da operadora a qual poder buscar apoio, para atingirmos juntos o nível de satisfação de cada cliente.

REDE ASSISTENCIAL

É um setor para atendimento à Rede Prestadora, com o objetivo de realizar ações diretas aos seus prestadores de serviços de saúde credenciados para que atendam os beneficiários com qualidade e eficiência.

São acolhidas as seguintes demandas:

- Informações sobre credenciamento e descredenciamento;
- Gestão e atualização de documentações;
- Solicitação de revisão contratual e extensão de prestação de serviços;
- Informações sobre capacitações e eventos de desenvolvimento;
- Programa de Segurança em alta e adesão boas práticas;
- Programa Qualifica Rede - Visita técnica de boas práticas;

Disponibiliza-se atendimento para suporte aos prestadores através dos seguintes contatos:

Telefone **(44) 3518-7000**

Coordenadora: **Julianna Muriana Bizoto – ramal: 7103**

Assistente administrativo: **Amanda Jach – ramal: 7064**

E-mail: **julianna@unimedcampomourao.com.br**

Horário de atendimento: 07:45 as 12:30 e 13:30 as 18:00 horas.

DOCUMENTAÇÕES ATUALIZADAS

A análise da documentação ocorre anualmente de acordo com serviço do prestador. A documentação atualizada poderá ser enviada de forma física ou digital para a setor da Rede Assistencial, quando atualizados e/ou solicitados.

A não apresentação dos documentos, seja para a contratualização ou para a atualização de informações, compromete a regularidade do contrato e a continuidade da prestação de serviço.

Essa ação visa promover a regularização e disponibilizar informações atualizadas e necessárias aos beneficiários do plano de saúde, que prevê que “a operadora de plano de saúde possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora/médicos, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade”.

A qualificação da rede com foco na segurança constitui-se numa responsabilidade da Operadora frente a seus beneficiários e é uma determinação da ANS.

PROGRAMA QUALIFICA REDE - VISITA TÉCNICA DE BOAS PRÁTICAS

A visita presencial tem por objetivo conhecer o local e a estrutura onde será prestado atendimento aos nossos beneficiários, esclarecendo as exigências estipuladas pela ANVISA para conforto, comodidade e segurança do paciente. A visita será agendada com antecedência, conciliando dias e horários favoráveis tanto para a operadora quanto ao prestador. Ressalta-se

que o objetivo da visita é incentivar a melhoria contínua da rede prestadora agregando valor ao atendimento do beneficiário e sem custo ao prestador.

Para a realização da visita será enviado previamente ao prestador um checklist contemplando requisitos legais aos serviços de saúde bem como boas práticas.

Após a visita será emitido um parecer com critérios de classificação que também será utilizado para considerar a periodicidade do acompanhamento do serviço de saúde, entre elas são:

- Ouro
- Prata
- Bronze

PROPOSTA PARA EXTENSÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Se o prestador desejar alterar a abrangência de atendimento de seu estabelecimento, tanto no quesito de expansão de estrutura física (criação de filiais) quanto no sentido de ampliação de procedimentos/exames, estes devem recorrer com o setor de Rede Assistencial.

A solicitação será avaliada e a aprovação deste pedido será analisada de acordo com a necessidade do dimensionamento da rede de atendimento, observando sempre a quantidade de beneficiários de planos versus a quantidade de serviços disponíveis, após análise, o prestador será informado sobre o parecer final.

QUALIFICAÇÃO DA REDE PRESTADORA

O Programa de educação continuada em saúde para rede prestadora visa oportunizar aos profissionais de saúde dos prestadores da Unimed Campo Mourão a participação em programas educativos com enfoque na corresponsabilização, como forma de aprimorar sua atuação na instituição. Além de promover o aprimoramento constante da qualidade da assistência médica prestada aos beneficiários do sistema Unimed.

A rede de prestadores é informada através de ofícios e/ou e-mail, encaminhados com antecedência, contendo o tema abordado, número de vagas disponíveis por prestador e como realizar a inscrição.

Cabe ressaltar que o programa não acarreta custos para o prestador, sendo oferecido gratuitamente pela Unimed Campo Mourão.

DESCREDENCIAMENTO

A rescisão contratual do prestador pode ocorrer por vontade e iniciativa da Unimed Regional de Campo Mourão em decorrência dos resultados de auditorias, não conformidades registradas, descumprimento de cláusulas contratuais por parte do prestador, não atualizar as documentações obrigatórias e não apresentar produção dentro de um ano.

Antes de iniciar o processo de rescisão contratual, a Operadora de Saúde esgotará todas as possibilidades de comunicação como prestador, encaminhando as notificações e guardando o seu retorno.

A rescisão contratual, igualmente, pode se dar por iniciativa e solicitação do prestador, cumprindo-se o período previamente definido no contrato de aviso prévio, providenciando a parte que der causa a rescisão contratual.

AUTORIZADOR UNIMED – SISTEMA LÍBERO

Líbero (Autorizador Unimed) é o nome do sistema que permite a solicitação e execução de consultas e exames, por meio da internet, utilizando como identificação o Cartão de Identificação do beneficiário (carteirinha Unimed) ou o token do Cartão Virtual disponibilizado no App Cliente PR (aplicativo da Unimed) do beneficiário, sem a necessidade de deslocamento do mesmo até a Unimed e pode ser acessado pelo seguinte link:

<https://libero.biomeek.net/>

O sistema Líbero está de acordo com as diretrizes e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS relativas ao padrão TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar.

Caso haja dúvidas ou indisponibilidade de acessar o Autorizador Unimed, entre em contato com o setor de Contas Médicas:

Telefone: **(44) 3518-7000 – Ramais: 7027 e 7048.**

E-mail: **contasmedicas@unimedcampomourao.com.br**

ANÁLISE DA AUDITORIA EM SAÚDE

Eventualmente as solicitações realizadas pelo sistema Líbero poderão ficar em estudo ou como “guia vermelha”.

Ao se deparar com essa situação entrar em contato com o setor de Relacionamento com o Cliente:

Telefone: **(44) 3518-7000 – ramal: 7002**
(44) 3518-7002

E-mail: relacionamentocomcliente@unimedcampomourao.com.br

As atendentes irão direcionar a solicitação para o médico auditor e ser analisada pelo mesmo.

AUDITORIA MÉDICA

O setor de auditoria médica da Unimed Regional de Campo Mourão está disponível para contato em caso de divergência em processos de autorização.

Telefone: **(44) 3518-7025**

(44) 98455-9712

E-mail: auditoria.medica@unimedcampomourao.coop.br

Horário de atendimento: segunda-feira a sexta-feira das 08h às 18h

FATURAMENTO

A data de entrega do faturamento deverá ocorrer impreterivelmente conforme calendário estipulado pela Unimed Campo Mourão.

As faturas executadas pelo sistema Líbero não se enquadram nesse calendário. Quando executados serviços pelo sistema, serão analisadas notas com execução até o último dia do mês.

Notas processadas pelo sistema DGU ou sistema próprio, devem seguir as regras do calendário, ou seja, devem ser entregues até a “Data final de entrega no mês”, processamento e pagamento no próximo mês.

Notas de cobrança em formato de Guia TISS (papel), devem ser entregues semanalmente até a data máxima do calendário de apresentação de faturas.

Caso haja dúvidas relacionadas ao faturamento, entre em contato com o setor de Contas Médicas:

Telefone: **(44) 3518-7000 – Ramais: 7027 e 7048.**

E-mail: contasmedicas@unimedcampomourao.com.br

OUIDORIA DA UNIMED

A Ouvidoria é um órgão interno da cooperativa responsável por receber manifestações, como reclamações, reanálises de procedimentos e/ou serviços de coberturas assistenciais, denúncias, elogios, críticas e sugestões principalmente dos beneficiários, como também dos médicos cooperados, rede prestadora e comunidade.

POLÍTICA DA OUVIDORIA

Atuar com independência e imparcialidade, buscando soluções para as necessidades dos clientes equilibradas com as regras e valores da empresa, apurando as sugestões para aprimorar os processos internos e gerar melhoria nos serviços prestados.

A Unimed Campo Mourão, preocupada em manter uma relação satisfatória entre o prestador de serviço e seu beneficiário, solicita a parceria da rede prestadora em responder as manifestações de clientes encaminhadas pela Ouvidoria por e-mails, ofícios e cartas no prazo máximo de dois dias úteis.

Após a resposta do prestador, a Ouvidoria realizará as devidas tratativas junto ao beneficiário a fim de promover melhorias de qualidade dentro e fora da Unimed.

Disponibiliza-se atendimento para suporte aos prestadores através dos seguintes contatos:

Presencialmente: Segunda a Sexta-feira das 08:00h às 18:00h;

Telefone: **(44) 3518-7000 – Ramais: 7076 e 7051**

E-mail: **ouvidoria@unimedcampomourao.com.br**

Aplicativo: Protocolos > Encaminhar protocolo para Ouvidoria.

Lembrando que o compromisso da Ouvidoria é ser porta-voz do cliente, reavaliando a solução dada à sua manifestação, oferecendo um atendimento diferenciado, imparcial e transparente, com embasamento no Código de Defesa do Consumidor

RELACIONAMENTO COM O COOPERADO

O Relacionamento com cooperado é o setor de suporte aos médicos cooperados. O setor tem como objetivo, além de estreitar os laços e aproximar ainda mais o médico da cooperativa, centralizar suas tratativas e ofertar à ele um atendimento personalizado e exclusivo, para que tenha suas necessidades atendidas de forma rápida e prática e fique atualizado e informado de tudo o que acontece no cenário da cooperativa, no qual ele é o dono.

Disponibiliza-se atendimento para suporte aos médicos cooperados

através dos seguintes contatos:

Telefone: **(44) 3518-7000**

E-mail: **mateus.matos@unimedcampomourao.com.br – ramal: 7120**

NORMAS E RESOLUÇÕES APLICÁVEIS AO PRESTADOR

QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS

O Credenciado tem a responsabilidade de gerenciamento dos arquivos médicos por se tratar de documentos especializados, tendo a função manter sigilo e confidencialidade dos prontuários dos pacientes, organizar, arquivar, preservar e disponibilizar o acesso e a reprodução das informações neles contidas.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser realizadas de forma legível, permitindo identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.

Além disso, é prerrogativa da profissão assinar e identificar o número de registro em seu Conselho de Classe no prontuário.

Os prontuários devem ter uma qualidade em seus registros e sugere-se conter alguns requisitos como a identificação do paciente, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado e evolução diária, quando aplicáveis.

As instituições têm a obrigação de manter um sistema seguro de proteção aos documentos que contenham registros com informações de seus pacientes. As normas e rotinas de restrição de acesso aos prontuários devem ser continuamente monitorados.

CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Todas as informações referentes ao estado de saúde do beneficiário – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal – são confidenciais, durante e mesmo após o término do contrato. Contudo, se o beneficiário consentir por escrito e com reconhecimento de firma e não houver prejuízo para terceiros, ou a lei assim o determinar, podem estas informações serem utilizadas.

Caso a solicitação seja por terceiro deve constar procuração por escrito e reconhecimento de firma pelo beneficiário. Este direito implica a obrigatoriedade do sigilo profissional, a respeitar pelos profissionais que desenvolvem atividades nos serviços de saúde. Inclusive o sigilo das informações é cláusula obrigatória em contrato que rege as relações da Unimed Regional de Campo Mourão com os seus prestadores.

O sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética do Conselho pertinente, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja em meio eletrônico ou físico.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de carácter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo: a prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem “erros”, “desvios” e “acidentes”.

O QUE É UM EVENTO ADVERSO?

É um evento que produz ou pode produzir resultados inesperados ou

indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria no paciente.

E DANO AO PACIENTE?

Dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

A IMPORTÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES

Previsto na portaria nº 1.660 julho/2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA), que conforme definição do Ministério da Saúde trata-se de: “qualquer efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária”, e em relação às queixas técnicas (QT): “qualquer notificação de suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva”. Estas notificações são registradas através da plataforma Web da ANVISA através do programa NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária).

As informações recebidas pelo NOTIVISA auxiliam na identificação de reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos, que auxiliarão a aperfeiçoar o conhecimento sobre um produto e a desenvolver ideias de melhorias sobre a aplicabilidade deles, permitindo que sejam promovidas ações de proteção à Saúde Pública, por meio de regulação dos produtos comercializados no país.

Na área da saúde, notificar é mais do que isso, é um ato de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde, com a instituição e mais, de compromisso com a população brasileira.

O medo ou a culpa por ter errado é um dos primeiros fatores que levam pessoas a não notificarem um evento adverso. Entretanto, uma notificação pode evitar que novos problemas como este ocorram.

Um outro fator é a apatia, que leva profissionais a não notificarem simplesmente porque consideram não terem tempo, não consideram importante ou mesmo porque dizem “não foi comigo mesmo”. Esse é o pecado mais grave, pois, como profissionais trabalhando em Instituições de saúde, temos responsabilidade sobre a segurança dos nossos pacientes.

Entretanto, deve-se notificar sempre que for detectado um risco ou quando ocorrer um evento adverso.

CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS E BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

PROTOSCOLOS CLÍNICOS

São documentos que estabelecem critérios para o atendimento baseado no diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Sugestões para adesão:

- Acolhimento/Fluxo de agendamento do paciente;
- Realizar protocolos dos procedimentos realizados.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS

A manutenção aumenta a integridade e eficiência dos equipamentos e, principalmente, garante mais segurança para quem os utiliza. O cronograma de manutenção funciona como uma espécie de planejamento, que ajuda a definir as datas e os detalhes de cada uma das atividades. Dessa forma, é possível evitar problemas, otimizar a vida útil dos equipamentos, melhorar a operação em geral e, claro, reduzir os custos e aumentar os lucros.

Sugestão para adesão:

- Estabelecer cronograma anual de manutenções preventivas e manter seus respectivos registros.

RN ANS n° 277

Esta resolução institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.

A Acreditação é uma ferramenta de gestão que leva a um controle maior da qualidade da assistência, auxilia as operadoras a formarem a rede credenciada mais adequada para suas operações e seu perfil de negócio e apoia a elaboração de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças mais efetivas.

As ações de incentivo da qualidade assistencial prestada pela rede credenciada é requisito obrigatório para a Acreditação dessa operadora.

RN ANS nº 267

Esta Resolução consiste na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços e na definição de metas e indicadores de qualidade e de medidas de desempenho dos prestadores de serviços.

As operadoras deverão montar um programa de avaliação de sua rede de prestadores, tendo também a obrigatoriedade de divulgar uma lista no seu site (guia médico), contendo os nomes de todos os serviços de saúde credenciados e a sua respectiva qualificação.

Os serviços de saúde credenciados às operadoras, por sua vez, terão que atender a tais atributos, pois serão avaliados periodicamente, podendo vir a afetar o seu credenciamento junto à operadora.

RDC Nº 36

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP):

Art. 8º - O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;

- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII - promoção do ambiente seguro;

QUALISS – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

O QUALISS tem por objetivo aumentar o poder de avaliação e escolha dos beneficiários de planos de saúde frente a rede de prestadores da operadora, podendo optar pelos mais qualificados e, ao mesmo tempo, o QUALISS visa estimular a adesão, por parte dos prestadores, aos programas que os qualifiquem.

ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO

Prestadores de Serviços Hospitalares e Prestadores de Serviços Auxiliares de Terapia e Clínicas Ambulatoriais – SADT

- 1.** Acreditação – com identificação da empresa Acreditadora
- 2.** NOTIVISA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- 3.** QUALISS Indicadores – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios

- 1.** Participação no NOTIVISA da ANVISA;
- 2.** Residência em saúde reconhecida pelo MEC;
- 3.** Pós-graduação com no mínimo 360 h reconhecida pelo MEC, exceto médicos; e
- 4.** Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou

Conselho Profissional da categoria.

METAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

As metas internacionais para segurança do paciente, segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, são:

1. Identificar os pacientes corretamente

A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura. Essa ação é o ponto de partida para a correta execução das diversas etapas de segurança em nossa instituição.

O processo de identificação do paciente deve ser capaz de identificar corretamente o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço (medicamentos, sangue ou hemoderivados, exames, cirurgias e tratamentos).

A identificação acontece no momento da admissão (internação e Pronto Atendimento), por meio de pulseira de identificação de coloração branca.

2. Melhorar a comunicação entre as equipes

A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os colaboradores. Recomenda-se a instituição padronizar como, por quem e para quem são transmitidas as informações acerca do paciente (prescrições verbais, resultados de exames críticos e transição de cuidados), bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra de forma clara e oportuna, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do receptor da informação.

3. Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco

As práticas para melhorar da segurança de medicamentos envolvem a padronização dos procedimentos para garantir a segurança de armazenamento, movimentação e utilização de medicamentos de alto risco e que possuem nome, grafia e aparência semelhantes, prevenindo a ocorrência de uma administração inadvertida.

4. Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados

O conceito de cirurgia segura envolve medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que resultam em dano ao paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um programa para garantir a segurança em cirurgias que consiste na verificação de itens essenciais do processo cirúrgico. O objetivo é garantir que o procedimento seja realizado conforme o planejado, atendendo aos cinco certos:

- Paciente.
- Procedimento.
- Lateralidade (lado a ser operado, quando aplicável).
- Posicionamento.
- Equipamentos.

5. Reduzir os riscos de infecções

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é aquela adquirida em função dos procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes em hospitais, ambulatorios, centros diagnósticos ou mesmo em assistência domiciliar.

Mesmo quando se adotam todas as medidas conhecidas para prevenção e controle de IRAS, certos grupos apresentam maior risco de desenvolver uma infecção. Entre esses casos estão os pacientes em extremos de idade, pessoas com diabetes, câncer, em tratamento ou com doenças imunossupressoras, com lesões extensas de pele, submetidas a cirurgias de grande porte ou transplantes, obesas e fumantes.

UMA ASSISTÊNCIA LIMPA É UMA ASSISTÊNCIA MAIS SEGURA

Apesar de ser considerado um desafio, existe uma medida muito simples que pode reduzir drasticamente as infecções: a higienização de mãos.

Deve-se higienizar as mãos sempre.

- Antes do contato com o paciente
- Após o contato com paciente
- E após qualquer contato com as suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluidos biológicos.

6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas

Quedas em ambientes de serviços de saúde podem causar danos aos pacientes. As instituições precisam avaliar individualmente todos os pacientes e identificar aqueles que apresentam uma propensão maior a sofrerem quedas, em função das condições clínicas atuais ou de fatores predisponentes. Diante do risco identificado, os profissionais devem adotar medidas preventivas e orientar pacientes e acompanhantes. Além disso, disponibilizar um ambiente que vise minimizar os riscos, disponibilizando mobiliários adequados e estrutura física planejada.



Unimed 
Campo Mourão

<https://www.unimed.coop.br/campomourao>

Avenida José Custódio de Oliveira, 1385
87300-020 - Centro - Campo Mourão - PR
T. (44) 3518-7000

Elaboração: 26/08/2019

Revisão: 09/06/2020

Versão: 01



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 306100