



Manual de orientações para

REDE PRESTADORA

PESSOA JURÍDICA

Unimed | 
Vale do Caí

DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS





Negócio

Prover soluções em saúde com você

Missão

Prestar assistência à saúde com qualidade e sustentabilidade

Visão 2020

Ser reconhecida como cooperativa de excelência em saúde e qualidade de vida

Valores e Crenças

- Ética e transparência nas suas ações e relações
- Compromisso com os princípios cooperativistas
- Valorização das pessoas
- Melhoria contínua e estímulo à inovação
- Responsabilidade socioambiental
- Satisfação dos clientes

Política da Qualidade

Comprometimento com a melhoria contínua dos processos, gerando satisfação aos clientes e provendo soluções em saúde

Política de Sustentabilidade

Fortalecer o compromisso com a sustentabilidade do negócio, preservando o meio ambiente e contribuindo com o meio social

Revisão 10 - 12/4/2019

ANS - nº 313211

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	4
2 - QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	5
3 - VISITAS TÉCNICAS	6
4 - DESEMPATE DE PRESTADOR	6
5 - INCENTIVOS À ACREDITAÇÃO / CERTIFICAÇÃO	7
6 - DIMENSIONAMENTO DE REDE	7
7 - A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO	7
8 - QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS	11
9 - ATENDIMENTO	12
10 - GERENCIAMENTO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE	12
11 - CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS	20
12 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
13 - PROGRAMA VIVER BEM	21

1 – INTRODUÇÃO

A Unimed Vale do Caí, visando a melhoria contínua das rotinas de trabalho e da relação existente entre a Operadora e a Rede Prestadora, criou o Comitê de Relacionamento com o Prestador que irá nortear as ações de sua Rede Prestadora.

A área de Gestão dos Prestadores de Serviços objetiva contribuir para um atendimento qualificado aos seus beneficiários, promovendo ações de qualificação dos seus prestadores de serviços credenciados, disponibilizando informações e incentivando a busca constante por melhorias.

Nesse Manual trataremos alguns temas como Qualificação dos Serviços de Saúde, Visitas Técnicas, Importância da Confidencialidade e Guarda dos Prontuários, Qualidade nos Atendimentos, Segurança do Paciente, Certificação da Rede Prestadora, Atualização de Documentação, entre outros.

Disponibilizamos atendimento para suporte aos prestadores pelo e-mail prestadoresuvc@unimedvaledocai.com.br e pelo telefone (51) 3649-8900.

Desta forma, sempre que existirem dúvidas, elogios ou questionamentos, entre em contato!

2 – QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Essa prática vem ao encontro da necessidade do mercado em buscar constantemente a qualificação e do cumprimento da RN 267/11 – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que diz que a Operadora de Plano de Saúde precisa divulgar a qualificação de sua rede prestadora aos seus beneficiários e informar à ANS.

Este programa tem como objetivo o uso de indicadores de monitoramento de qualidade assistencial e o apontamento dos padrões de referência que possibilitarão o desenvolvimento da melhoria contínua nos processos em busca dos melhores resultados em saúde. Para isso, a resolução define que cada prestador esteja inserido nos seguintes atributos de qualificação:

Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora;

Participação no Notivisa da Anvisa;

A adesão a esses programas de qualificação, por parte do prestador, é livre. A Unimed Vale do Caí, porém, tem como objetivo atingir os prestadores em sua totalidade. Dessa forma, pretende garantir mais segurança e confiabilidade nos atendimentos, aprimorando a capacidade de escolha dos beneficiários e fortalecendo a relação de parceria, uma vez que a divulgação por parte da Operadora Unimed Vale do Caí será obrigatória.

2.1 – Acreditação

Conforme definição da Organização Nacional de Acreditação – ONA, Acreditação é “um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado”. O principal objetivo da acreditação é buscar a melhoria contínua nos processos, com análises e aplicações de metodologias, que visam a busca pela excelência.

A Unimed Vale do Caí definirá os prestadores que receberão a visita dos avaliadores através do percentual de faturamento dos últimos 12 meses (lei de Pareto), através da qual a cooperativa também poderá optar por incluir ou excluir qualquer prestador que por ventura seja do interesse dela.



Principais vantagens da Acreditação, conforme ONA:

- Segurança para os pacientes e profissionais
- Qualidade da assistência
- Construção de equipe e melhoria contínua
- Instrumento de gerenciamento
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira

2.2 – Atributos de qualificação

Prestadores de Serviços Hospitalares e Prestadores de Serviços Auxiliares de terapia e clínicas ambulatoriais – SADT:

- a) Acreditação – com identificação da Acreditadora
- b) Notivisa – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

Profissionais da saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:

- a) Participação no Notivisa da Anvisa
- b) Pós-Graduação com no mínimo 360hs, exceto médicos (opcional)
- c) Residência em Saúde reconhecida pelo MEC
- d) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional

3 – VISITAS TÉCNICAS

Com o objetivo de estabelecer uma relação de maior proximidade e transparência, a Unimed Vale do Caí adota o Programa de Visitas Técnicas. Conheceremos o ambiente físico dos locais onde os pacientes do Sistema Unimed são atendidos, avaliando e trocando informações com relação às práticas de processos.

A visita tem por objetivo conhecer o local onde é prestado atendimento aos nossos beneficiários, analisar o ambiente físico e a estrutura do local. Dessa forma, nossos prestadores da rede credenciada podem informar-se sobre as exigências estipuladas pela ANS para conforto, comodidade e segurança do paciente. A visita será agendada com antecedência, conciliando dias e horários favoráveis ao nosso prestador. Vale ressaltar que a visita técnica não é punitiva e não gerará custos ao prestador, pois o objetivo principal é a prática de melhoria contínua.

Após a avaliação in loco, o Comitê de Relacionamento com o Prestador enviará uma devolutiva com a pontuação obtida, apontando os itens observados e, se necessário, sugerindo ações de melhorias. A periodicidade das avaliações será contada a partir da data da primeira visita e será definida por meio da pontuação abaixo:

Nível de Segurança	Notas	Periodicidade das Visitas
III	80% - 100%	Bianual
II	51% - 79%	Anual
I	Menor 50%	120 dias

Prestadores que obtiverem nota abaixo de 70%: caso não seja identificada evolução nas melhorias propostas pelo Comitê de Relacionamento com o Prestador e a nota permaneça baixa nas próximas visitas, será encaminhado relatório para análise da Diretoria da Unimed Vale do Caí, ficando o prestador sujeito ao descredenciamento.

4 – DESEMPATE DE PRESTADOR

Na inclusão de um novo prestador, serão avaliados os seguintes critérios para desempate:

1º – Qualificação técnica (pós-graduação)

- Pós-graduação
- Mestrado

2º – Experiência (tempo de prática)

5 – INCENTIVOS À ACREDITAÇÃO / CERTIFICAÇÃO

A Unimed Vale do Caí estimula sua rede prestadora PJ através de incentivos financeiros e não financeiros, conforme abaixo:

- Oportunidades de melhorias através de Visitas Técnicas

- Treinamentos de Segurança do Paciente

- Treinamentos nas ferramentas de funcionalidade operacional (autorizador on-line)

- Gestão participativa no controle de documentos legais do prestador

- Incentivo financeiro para cursos e palestras na área, conforme definido em política interna

6 – DIMENSIONAMENTO DE REDE

A Unimed Vale do Caí com o objetivo de garantir as melhores práticas sobre dimensionamento e suficiência de rede, observando a análise de dados e definição de ações para melhoria contínua, considerando legislação vigente e alinhada aos processos de: Admissão e Desligamento de Cooperados e Credenciamento e Descredenciamento de Fornecedores e Prestadores em conformidade com a RN 277, utiliza-se de ferramenta específica elaborada a partir de parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, verificando se a Rede Credenciada de Prestadores é suficiente para suprir a demanda dos beneficiários, tanto locais como em trânsito a partir da capacidade produtiva de Profissionais e Equipamentos. Esta metodologia está disposta no Procedimento GESTÃO DA REDE CREDENCIADA (SERV-POP-4.219) gerenciada e atualizada pela Central Unimed RS.

7 – A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO

O prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico. Entretanto, é frequentemente preenchido de modo impróprio. Algumas irregularidades, em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o paciente e para o médico. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, podem resultar em troca de medicamentos, ocasionando risco fatal para o paciente. A falta de detalhamentos objetivos completos pode dar lugar a prolongadas atribuições judiciais contra o terapeuta.

Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande maioria dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo,

inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. Além disso, o médico é obrigado a assinar e carimbar ou assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados no pronto-socorro, uma vez que os atendimentos feitos neste setor devem ser registrados com anamnese, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais, se porventura efetuados, terapêutica prescrita e executada, bem como a evolução e alta.



Confidencialidade do Prontuário

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 caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I – Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II – À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III – À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I – Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a) Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissio-

nais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

- e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

- II – Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º – A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Conforme RESOLUÇÃO CFM nº 1.246/88

É vedado ao médico:

Art. 105 – Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 – Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 – Deixar de orientar seus familiares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 – Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

A preservação de segredos profissionais é um direito do paciente e uma conquista da sociedade. Esta relação de confiança se estabelece entre o paciente e seu médico, e se estende a todos os demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas. Muito do vínculo que se estabelece pode ser creditado a esta garantia.

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 e de utilização de senhas de segurança em sistemas informatizados devem ser continuamente aprimoradas.

– O que não deve ser feito no Prontuário

- Escrever a lápis
- Usar líquido corretor
- Deixar folhas em branco
- Fazer anotações que não se referem ao paciente

– Tempo de arquivamento

É norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente. Nos casos de hospitais-maternidade, os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10).

Por sua vez, laudos de exames complementares de imagem e a própria imagem em si, por serem documentos integrantes de prontuários, devem seguir as mesmas regras atribuídas à guarda de prontuários, segundo o Parecer CFM nº 10/2009, porém a responsabilidade de guarda do médico ou do estabelecimento que produziu o exame cessa com a entrega, medi-

ante protocolo, da imagem e respectivo laudo ao paciente, devendo no entanto arquivar uma via do laudo.

Findo o prazo legal, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.821/07; Parecer CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado, para manutenção permanente.



– Acesso ao prontuário

Solicitação pelo próprio paciente:

Art. 70 do CEM: "É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros."

Art. 71 do CEM: "É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado."

É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente e que, por delegação deste, pode ter acesso a ele. Portanto, é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, entre outros), podendo, inclusive, solicitar cópias do documento.

Solicitação dos familiares e/ou do responsável legal do paciente:

Quando solicitado pelo responsável legal do paciente – sendo este menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser permitido e, caso haja solicitação, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente, será necessária a autorização expressa dele. Na hipótese de que ele não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a "causa mortis".

Entenda-se que, em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou.

Entenda-se também, que os laudos médicos não devem ser cobrados facultando-se, porém, a critério da entidade, a cobrança das cópias quando fornecidas por ela.

O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem ele atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo a ele opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário. A visita da Auditoria será feita sempre que houver necessidade, cabendo à Instituição providenciar o espaço e estrutura necessária para que ela ocorra. Todavia, esse acesso sempre deverá ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda.

8 – QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS

No caso de instituições hospitalares, ressalta-se a importância dos arquivos médicos por se tratarem de arquivos especializados, tendo a função maior de recolher os prontuários dos pacientes, organizar, arquivar, preservar e disponibilizar o acesso ao corpo clínico, administrativo e ao próprio paciente ou seu representante legal por meio de pesquisa, empréstimo e reprodução das infor-

mações neles contida.

Sua forma estrutural vai depender do porte do hospital, se público ou privado, ou até mesmo do modelo de gestão administrativa. Pode, ou não, ser dividido em seções, pode, ou não, absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

De acordo com as prescrições para o trabalho da Comissão de Revisão, os prontuários devem ser avalia-

dos quanto à qualidade de seus registros. Deve ser efetuada verificação continuada de requisitos obrigatórios como a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado e evolução diária.

9 – ATENDIMENTO

A qualidade do atendimento ao usuário e a satisfação pelo serviço prestado devem ser a filosofia de instituições que se baseiam em parcerias. É importante compreender que um atendimento de qualidade não se restringe apenas a atender ao usuário com cortesia e boas maneiras. Mais do que isso é estabelecer um canal de comunicação direto entre o Prestador e o usuário, através do qual ele pode expressar suas críticas e sugestões com regularidade e, atentamente, utilizá-las para a melhoria dos produtos e serviços.

Temos como objetivo tentar demonstrar a importância de investir em qualidade no atendimento, trazendo como proposta a fidelização dos usuários. Para um Prestador ser reconhecido pelos seus usuários, é fundamental deixá-los satisfeitos e essencial ter uma equipe empenhada a desenvolver um trabalho com qualidade, disponibilizando treinamentos adequados aos seus funcionários.

O cartão de visitas de um Prestador de serviço começa com o atendimento. É importante ter uma pesquisa para medir o nível de satisfação de cada cliente, podendo investigar o que o agrada mais e o que pode ser feito para melhorar.



10 – GERENCIAMENTO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

Com este manual iremos mostrar conceitos e práticas para uma assistência ao paciente mais segura, bem como o processo de notificações de eventos adversos.

Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Segundo a Anvisa, risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano. E o Gerenciamento de Riscos, por sua vez, é a tomada de decisões relativas aos riscos ou à ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência.

É no sentido de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos que se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, fontes de danos no ambiente hospitalar. Quando um evento adverso ocorre neste ambiente, a organização sofre consideravelmente todas as consequências a ele relacionadas. São consequências sociais, econômicas ou materiais. A mais grave delas é a perda da vida humana.

Por meio da RDC 2/2010 da Anvisa, o Gerenciamento de Riscos passou a ser uma exigência desta Agência aos estabelecimentos de saúde, pois requer que eles possuam uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e a minimização da ocorrência dos eventos adversos. Além disso, deve notificar ao Sistema Nacional de



Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde.

No Hospital, são atribuições do Serviço de Gerenciamento de Risco, durante a realização de atividades de prevenção, detecção, avaliação, compreensão e intervenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde:

- Estimular as notificações na Instituição
- Avaliar as notificações
- Notificar a Anvisa todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde identificados
- Divulgar informações e alertas internos para evitar que novos efeitos adversos ou problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde aconteçam
- Traçar medidas preventivas e corretivas, como educação continuada, publicação de alertas, informes e boletins, interdição de lotes, reprovação e suspensão de marcas de medicamentos e outros produtos para saúde, além de acompanhar o processo após a intervenção
- Realizar palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno para disseminar informações sobre as ações corretivas, preventivas adotadas pelo Gerenciamento de Risco, além da importância das notificações
- Estabelecer indicadores de desempenho do serviço e da qualidade dos produtos utilizados no hospital

O Gerenciamento de Riscos deve ser o setor envolvido com a vigilância de medicamentos (Farmacovigilância), materiais e equipamentos médico-hospitalares (Tecnovigilância), saneantes (Vigilância de Saneantes), sangue e seus componentes (Hemovigilância).

– Segurança do Paciente

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para tanto, deve-se observar melhor as situações do dia a dia e notificar falhas nestes processos. Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), 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 potencialmente 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 do paciente.

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco.

E dano ao paciente?

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

– Metas da Organização Mundial de Saúde para Segurança do Paciente

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

- Identificar os pacientes corretamente
- Melhorar a comunicação entre as equipes
- Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco
- Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados
- Reduzir os riscos de infecções
- Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas

– Identificação dos Pacientes

É considerada o fundamento do cuidado seguro ao paciente e consiste na utilização de tecnologias, como pulseiras de identificação, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais. A

identificação do paciente está prevista na Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999.

Deve-se conferir a identidade do paciente antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento e da administração de medicamentos e de soluções.

– 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 hospitalares: a higienização de mãos.

FIQUE ATENTO!
DEVE-SE HIGIENIZAR
AS MÃOS SEMPRE:

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



– Cirurgias seguras salvam vidas

O projeto “Cirurgias seguras salvam vidas” da OMS prevê o desenvolvimento de uma lista de intervenções para promover a segurança em procedimentos cirúrgicos. A intenção é estabelecer um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países. A listagem identifica três fases em uma cirurgia, cada uma correspondente a um período específico no fluxo normal de trabalho: (1) antes de iniciar a anestesia; (2) antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento e (3) antes de o paciente deixar a sala.

A implantação do check list reduz a mortalidade e as complicações pós-operatórias. Além do check list, a OMS estabeleceu diretrizes para cirurgia segura, com dez objetivos essenciais:

- Cirurgia no paciente certo, no local correto
- Utilizar métodos conhecidos para evitar danos na administração de anestésicos, protegendo o paciente da dor
- Verificar se há risco de via aérea difícil
- Reconhecer se há risco de perdas de sangue
- Preparar-se para riscos de reações alérgicas
- Utilizar métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico
- Checar se não houve esquecimento de instrumentos ou de compressas cirúrgicas dentro do paciente
- Identificar de forma segura os materiais cirúrgicos
- Comunicar-se de forma eficaz durante a cirurgia
- Estabelecer vigilância constante no número de procedimentos cirúrgicos e analisar seus resultados nas instituições de saúde

– 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 tratam-se de: “qualquer efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária”, e com relação as 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 dano à saúde individual e coletiva”. Estas notificações são registradas por meio 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 pecado 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 que trabalham em

Instituições de saúde, temos responsabilidade sobre a segurança dos nossos pacientes.

Entretanto, deve-se notificar sempre que for detectado um risco ou que ocorrer um evento adverso. Com as notificações, todos nós somos beneficiados, pois estamos colaborando para a vigilância sanitária dos produtos de saúde comercializados em todo o Brasil, dos quais, muitas vezes, somos usuários.

– Artigo Médico-Hospitalar

Você pode notificar problemas como falha do produto, fragilidade, defeito de fabricação, rotulagem incorreta como ausência de número de lote, falta de prazo de validade, ausência de registro na Anvisa, falta de instruções de uso e embalagens impróprias ou inadequadas.

É importante ressaltar que não apenas os desvios de qualidade dos artigos médico-

hospitalares devem ser notificados. As reações e outros efeitos adversos também são passíveis de notificação.

São exemplos de materiais que podem ser notificados: luvas, seringas, gases, agulhas, cateteres, sanitos, caixas coletoras de perfuro-cortantes, entre muitos outros.

– Equipamentos Médico-Hospitalares

Em qualquer momento que o paciente tenha um problema inexplicado e haja suspeita sobre o mau funcionamento do equipamento, este não deve ser utilizado novamente até que seja verificado quanto aos aspectos de segurança de operação.

Podem ser notificados falha do produto, defeito de fabricação, mau funcionamento, suspeita ou ausência de registro na Anvisa, instruções de uso impróprias ou inadequadas, em equipamentos como bombas de infusão, respiradores, termômetros, entre outros.



– Desvio de Qualidade ou Queixa Técnica

É uma notificação feita pelo profissional de saúde quando observado um afastamento dos parâmetros de qualidade exigidos para a comercialização ou aprovação no processo de registro de um produto farmacêutico, ou seja, quando se suspeita de qualquer desvio de qualidade.

São exemplos de desvios de qualidade de medicamentos: alterações de cor, odor, viscosidade; problemas de rotulagem (falta de informações, descolamento); embalagens semelhantes que podem acarretar erros; falta de conteúdo; presença de corpo estranho.

- 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



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 e 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.

– Erros de Medicação

Erros de medicação são quaisquer eventos evitáveis que podem levar ou causar o uso inadequado dos medicamentos ou danos aos pacientes. O foco da notificação deve ser em como ocorreu e não em quem cometeu o erro.

- Medicamento certo
- Dose certa
- Via certa
- Horário certo
- Paciente certo

Os cinco certos para administração de medicamentos são bastante conhecidos entre os profissionais de enfermagem como medida de prevenção de erros. São eles:



– Inefetividade Terapêutica de medicamentos

A suspeita de inefetividade terapêutica ocorre quando medicamentos não apresentam os efeitos que se espera deles. Notifique falta total ou parcial de efeito, como redução do tempo de ação, utilização de mais medicamento para conseguir o efeito, entre outros.

– Uso off label

O uso off label engloba os casos em que o medicamento é utilizado diferente do que está descrito em bula. Exemplos: indicações e posologias não usuais; administração do medicamento por via diferente da preconizada; administração em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado; uso de medicamentos importados não registrados na Anvisa;

administração para tratamento de doenças que não foram estudadas e indicação terapêutica diferente da aprovada para o medicamento.

É importante notificar o uso off label para que sejam conhecidos novos usos e, com isso, possa auxiliar a Anvisa na tomada de decisões durante avaliação de registro ou alteração de registro de medicamentos.

– Reação Adversa

Todas as reações, mesmo que não graves e esperadas (descritas em bula), devem ser notificadas.

– Eventos Adversos Relacionados a Cirurgias

Veja alguns exemplos de eventos adversos relacionados a cirurgias que devem ser notificados: quebra da técnica asséptica; falta de consentimento; contagem incompleta/incorreta de agulhas; contagem incompleta/incorreta de compressas; corpo estranho no paciente; preparo incorreto/inadequado; procedimento sem prescrição; procedimento cancelado ou não realizado; procedimento incompleto; laceração/perfuração não intencional; procedimento errado; paciente errado; identificação errada/incorreta; local errado; lado errado (direito x esquerdo) e perda de material biológico não passível de coleta.

– Kit Reagente Para Diagnóstico in Vitro

Podem ser notificados a falha do produto, defeito de fabricação, mau funcionamento, rotulagem incorreta, como ausência de número de lote, falta de prazo de validade, ausência de registro na Anvisa, instruções de uso e embalagens impróprias ou inadequadas.

– Lesões de Pele

Aqui você notifica lesões de pele, que podem ser de origem traumática, queimaduras, úlceras de pé diabético, úlcera por pressão.



– Quedas de Paciente

Incidência de quedas de pacientes, como de outros eventos adversos, é um indicador de qualidade da assistência prestada ao paciente. O registro da ocorrência deve ser feito imediatamente após a assistência prestada ao paciente, seja qual for o local em que ocorreu: enfermarias, ambulatório ou sala de urgência.

– Reações Transfusionais

A transfusão sanguínea é um processo que, mesmo realizado dentro das normas preconizadas, bem indicado e corretamente administrado, envolve risco sanitário.

Só será possível atuar na prevenção dos incidentes transfusionais quando estes forem identificados, diagnosticados, investigados, notificados e analisados. Por isso, você pode contribuir para a prevenção quando notifica.

Incidentes transfusionais são agravos ocorridos durante ou após a transfusão sanguínea. Dentre os incidentes transfusionais, existem as

reações, que podem ser classificadas em imediatas ou tardias, de acordo com o tempo decorrido entre a transfusão e a ocorrência do incidente: reação transfusional imediata, que ocorre durante a transfusão ou em até 24 horas; e reação transfusional tardia, que ocorre após 24 horas da transfusão realizada.



cl
o
te
tr

11 – CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS

– RN 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. O Programa de Acreditação de OPS consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora.

A classificação se dá em três níveis, a exemplo do que já ocorre com a certificação dos prestadores de serviços pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e as empresas são analisadas em aspectos como administração, estrutura e operação dos serviços oferecidos, desempenho da rede de profissionais e estabelecimentos conveniados e nível de satisfação dos beneficiários.

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. Os

ganhos são claros: menos retrabalho, custos menores e diminuição dos recursos de glosas.

A qualificação de rede com foco na segurança constitui-se numa responsabilidade da operadora frente a seus clientes e é uma determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo a Resolução Normativa número 267 da ANS, que institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, todas as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a publicar, em seu material de divulgação da rede assistencial, a qualificação de cada um dos seus prestadores de serviços credenciados.

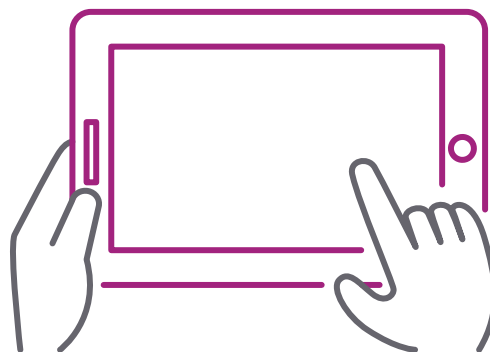
Uma das Dimensões a serem desenvolvidas na RN 277 é a Qualidade e desempenho da Rede Prestadora. Nesta dimensão iremos trabalhar o planejamento e cobertura das visitas aos serviços de saúde credenciados; implantação da auditoria pré-hospitalar; incentivos para melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora; fortalecimento das práticas para desenvolvimento da qualidade da rede prestadora com foco na segurança do beneficiário, entre outros.

– RN 267

Esta Resolução Normativa consiste:

- Na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar.
- Na quantificação dos atributos obtidos pelos prestadores de serviços com vistas à avaliação do nível de qualificação dos prestadores que compõem a rede de cada operadora; e
- Na definição de metas de indicadores de qualidade assistencial 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, 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.

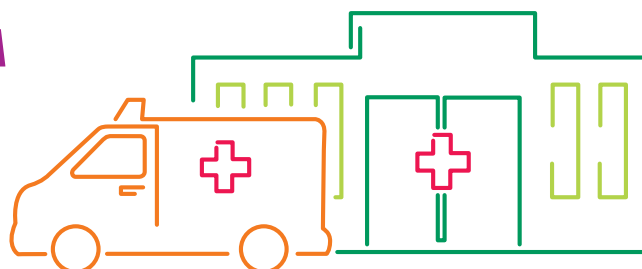


12 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Visando assegurar o acesso adequado e oportuno aos beneficiários Unimed Vale do Caí, a integração entre as unidades prestadoras (rede credenciada) e o serviço de remoção da Unimed Vale do Caí para os atendimentos de urgência e emergência, é realizada por meio da disponibilidade do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar e Remoção, 24 horas, e que é acionado via central telefônica pelo **0800 541 0900**.

13 – PROGRAMA VIVER BEM

O Programa Viver Bem da Unimed Vale do Caí é focado na melhoria da qualidade de vida. Por meio de ações de educação em saúde que promovam a independência, o autocuidado e a adoção de novos hábitos. É um programa dedicado ao cliente Unimed Vale do Caí, sem custo adicional ao plano. O trabalho é baseado na educação em saúde e conta com uma equipe multiprofissional composta atualmente por Enfermeira, Nutricionista, Médico, Fonoaudióloga e Psicóloga, que oferece orientações para beneficiários, familiares e cuidadores.



Isto não exclui a responsabilidade do beneficiário/familiar/cuidador pelos cuidados com a sua saúde, salientando que, a Unimed Vale do Caí, sob hipótese alguma, fornecerá profissional cuidador para realizar cuidados diários em saúde, uma vez que este é de inteira responsabilidade da família.

O Programa Viver Bem é dividido em 3 eixos:

GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Programa com orientações, atividades em Grupo e monitoramento telefônico periódico. Não substitui os cuidados médicos, funciona como suporte em saúde, ajudando no controle da condição de doença crônica, de forma a evitar complicações.
Ex: Pacientes Hipertensos e Diabéticos.



GERENCIAMENTO DE CASOS COMPLEXOS

Este programa é destinado a clientes que possuem condições crônicas não controladas, parcialmente ou totalmente dependentes para atividades de vida diária. É realizado por meio de plano de cuidados sistematizado composto por visitas domiciliares e monitoramento telefônico periódico conforme complexidade de cada caso. Este acompanhamento permite prevenir complicações e promover o autocuidado, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e diminuindo as complicações.



PROMOÇÃO À SAÚDE

Programa que contempla um conjunto de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde, a prevenção de riscos, agravos e doenças, de forma a melhorar a qualidade de vida dos participantes. **Ex: Saúde na Empresa, Grupo de Idosos, Cessação ao Tabagismo etc.**



PARA PARTICIPAR

É preciso ser cliente Unimed Vale do Caí, atender aos critérios previamente estabelecidos e realizar a inscrição.

Após essas etapas, o cliente será convidado a realizar a avaliação inicial e assinar o Termo de Adesão, em que estarão descritas as normas para participação, funcionamento e desligamento do Programa.

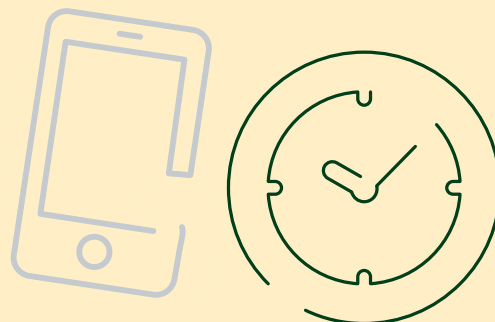
Após a adesão ao Programa, o cliente poderá solicitar o desligamento a qualquer momento, sem penalização.



O QUE FAZER PARA SE CADASTRAR

Entrar em contato com os profissionais do Programa Viver Bem por meio do telefone (51) 3649-8900 ou acessar o site **www.unimedvaledocai.com.br/medicina_preventiva/auxilio-medicina-preventiva** e preencher o formulário.

Funcionamento: segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 13h15 às 18 horas.



This image shows a full page of blank white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



ANS - nº 313211