



**Programa de Qualificação
da Rede de Prestadores**



GESTÃO DE PROVIMENTOS

EM SAÚDE

MANUAL DE QUALIFICAÇÃO DA REDE PRESTADORA

Unimed 
Joinville

Diretoria Unimed Joinville

Dr. Enio Rieger

Presidente Unimed Joinville

Dr. Edson Campos

Vice-Presidente Unimed Joinville

Dra. Glória Huber

Diretora-Superintendente Unimed Joinville

Daniela Toigo

Gestão de Provimentos em Saúde



Manual de Qualificação e Credenciamento da Rede Prestadora Versão 2019 - 2020

Responsável pelo conteúdo: Gestão de Provimentos em Saúde Unimed Joinville

Revisor: Denize M. P. Antão

Aprovador: Dra. Glória Huber

Projeto gráfico: Samantha Maciel

Índice

Introdução	4
1. Qualificação dos serviços de saúde	5
2. Incentivo à acreditação e qualificação	6
2.1 Do incentivo não financeiro	6
3. Projeto Avaliação e Qualificação da Rede Prestadora	7
3.1 Objetivos da Operadora	7
3.2 Objetivos do Prestador	7
4. Visita técnica	7
4.1. Categorias de avaliação	9
4.2 Periodicidade das avaliações	9
4.3. Considerações importantes para visita	9
5. Normativas	10
5.1 RN 277/2011	10
5.2 RN 405/2016	10
6. Importância do prontuário médico	11
6.1 Confidencialidade do prontuário resolução CFM nº 1.638/2002:	11
6.2 Tempo de arquivamento	13
6.3 Acesso ao Prontuário	13
6.4 Qualidade dos Arquivos Médico	14
6.5 Prontuários Eletrônicos	15
7. Segurança do paciente	15
7.1 O que é um evento adverso	16
7.2. RDC Nº 36	16
7.3. Estratégias para segurança do paciente	17
7.4. Identificação dos pacientes	17
7.5 Higiene das mãos	18
7.6 Cirurgias seguras salvam vidas	19
8. Importância da notificação	21
9. Referências Bibliográficas	22

INTRODUÇÃO

A Unimed Joinville, em busca da melhoria contínua de seus processos operacionais, iniciou a estruturação em agosto/2017, do setor de Gestão Estratégica Operacional, o qual tem por objetivo principal realizar a gestão da sua Rede Prestadora, disponibilizando uma rede qualificada para atendimento de seus beneficiários.

Diante do exposto, iniciaremos o **“Programa de Qualificação da Rede Prestadora”**, com a finalidade de conhecer a rede assistencial, serviços oferecidos e capacidade instalada dos prestadores da Unimed Joinville, além de cumprir com as normas estabelecidas pela ANS.

Para melhor entendimento do projeto de qualificação da rede prestadora, elaboramos este manual, que trata de temas como: Qualificação dos Serviços de Saúde, Acreditação, Projeto de Qualificação da Rede, Visitas Técnicas e Normativas. Com a execução do projeto certamente aumentará a parceria entre prestador e operadora possibilitando a atualização de documentos e cadastro, como também auxiliando nas negociações, permitindo identificar as fragilidades e oportunidades de melhoria dos serviços oferecidos.

1. QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

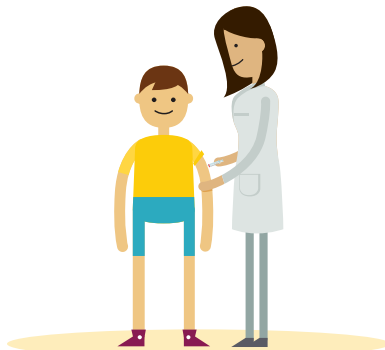


Esta prática vem ao encontro às necessidades do mercado em buscar constantemente a qualificação e cumprir as normas regulatórias da ANS (RN 267/2011 – revogada pela RN 405/2016), que “Institui o Programa de Divulgação e Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar” e RN 277/2011 que estabelece o “Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde”.

O objetivo deste programa é incentivar a melhoria contínua, estimulando à qualificação da assistência com vistas nas melhores práticas em serviços de saúde.

O programa estabelece atributos de qualidade para avaliação e divulgação dos prestadores, tanto para que as operadoras de saúde possam qualificar sua rede credenciada, como para ampliar as opções de escolha dos beneficiários.

A adesão por estes programas de qualificação, por parte do prestador, é livre, porém a Unimed Joinville tem como objetivo atingir os prestadores na sua totalidade. Com isso, garante uma maior segurança e confiabilidade nos atendimentos, estimula a melhoria contínua do setor e contribui para a integração dos processos de avaliação e qualidade da ANS.



2. INCENTIVO À ACREDITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO



2.1 Do incentivo não financeiro:

Além de divulgar no Portal do cliente a Qualificação de seus prestadores (ouro, prata e bronze), conforme o “Programa de Qualificação da Rede Prestadora – Unimed Joinville” e constantes no Capítulo 4 deste manual, serão evidenciados como incentivo não financeiro à rede prestadora, suas certificações em outros programas de Qualificação/Acreditação, tais como:

• ONA – Padrão Nacional de Qualidade

Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por meio do manual próprio com reconhecimento da Anvisa/Ministério da Saúde.

• PALC – Padrão Nacional de Qualidade

Acreditado pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), certificado concedido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML).

• DICQ – Padrão Nacional de Qualidade

Acreditado pelo Sistema Nacional de Acreditação (DICQ). Certificado concedido pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

• ABNT NBR ISO 9001:2015 – Padrão Nacional de Qualidade

Norma Brasileira aprovada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para ISO 9001 – Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

• IQG – Padrão Internacional de Qualidade

Acreditado pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), por meio do manual da Accreditation Canada, acreditadora canadense.

• JCI – Padrão Internacional de Qualidade

Acreditado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), por meio do manual da Joint Commision International (JCI), acreditadora norte-americana.

• Outras Certificadoras

Outras entidades certificadoras da qualidade nacionais ou internacionais conforme especialidade do prestador.

3. PROJETO AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE PRESTADORA



3.1 Objetivos da Operadora

- Dimensionamento da oferta de serviços e capacidade instalada da rede assistencial;
- Avaliação e análise de estrutura física, segurança assistencial, dimensionamento de pessoal, requisitos legais, registros do paciente e conforto oferecidos ao sistema;
- Identificação das fragilidades e oportunidades de melhoria dos serviços oferecidos, além de elevar nível de atendimento;
- Classificar e qualificar os prestadores

3.2. Objetivos do Prestador

- Cumprir as determinações de qualidade setorial determinadas pela ANS permitem que um “prestador” seja referenciado tanto pela Operadora quanto pelo paciente;
- Ser qualificado auxilia o prestador na propaganda positiva ao ter seus atributos publicados pelas operadoras;
- Auxilia nas negociações e renegociações de contratos com as operadoras.
- Possibilita a partir dos quesitos que não foram atingidos gerar um relatório de melhorias.

4. VISITA TÉCNICA



Para avaliação da rede prestadora, será realizada visita técnica aos prestadores de serviço com a finalidade de conhecer o local e processos utilizados nos atendimentos prestados aos beneficiários.

A visita será agendada com antecedência, através de e-mail, conciliando dias e horários favoráveis e com flexibilização da agenda proposta.

Durante a visita será aplicado o formulário de visita técnica, com a seguinte estrutura:

• **PROCESSOS:**

Equipamentos, compras, almoxarifado, manutenção predial

• **REGISTRO DE PACIENTES:**

Atualização cadastral, prontuário e segurança do paciente

• **ESTRUTURA:**

Acessibilidade, recepção, consultórios, salas de procedimentos

• **INDICADORES:**

Gerais relacionado aos serviços oferecidos

• **REQUISITOS LEGAIS:**

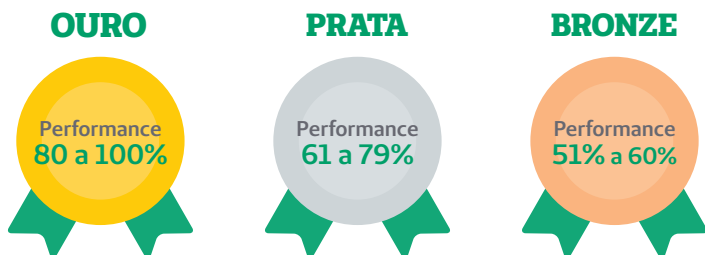
- Alvará da Vigilância Sanitária,
- Alvará de Localização,
- Alvará do Corpo de Bombeiros,
- Anotação de Responsabilidade Técnica,
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),
- Certificado de Controle de Pragas,
- Certificado de Limpeza da Caixa de Água,
- Inscrição Municipal e Estadual,
- Programa de Notificação (Registros),
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO),
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA),
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)
- Programa de Gestão da Qualidade

Após a realização da visita técnica, será emitido um relatório de oportunidades de melhorias, contendo a classificação obtida, assim como o cronograma de periodicidade das visitas.



4.1 Categorias de Avaliações

Com base na pontuação obtida na avaliação os prestadores receberão um selo/certificado seguindo as seguintes categorias:



4.2 Periodicidade das Visitas de Manutenção

Os acompanhamentos serão definidos de acordo com a performance de cada prestador:

Nível de Segurança	Notas	Periodicidade das Visitas
Ouro	80% - 100%	24 meses
Prata	61% - 79%	18 meses
Bronze	51% - 60%	12 meses

Na visita técnica para novos credenciamentos, caso o prestador obtenha a pontuação inferior a 50%, não será credenciado à rede prestadora da Unimed Joinville. Se já fizer parte da rede credenciada, seguirá o prazo para oportunidade de melhorias. Porém, se na visita de manutenção (agendada após 6 meses) não for percebida nenhuma evolução e o prestador permanecer no mesmo escore de classificação, estará sujeito ao descredenciamento.

4.3. Considerações importantes para visita

Cada prestador deve identificar um líder ou âncora, este colaborador será a referência do projeto na instituição avaliada.

O líder ou âncora deve conhecer a estrutura completa do formulário a que sua instituição será submetida, e decidir em conjunto com o consultor/auditor a sequência dos setores selecionados para decorrer da visita técnica, minimizando movimentações desnecessária de colaboradores e clientes.

5. NORMATIVAS



5.1 RN 277/2011

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, 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), 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.

Uma das dimensões a serem desenvolvidas na RN 277/2011 é a qualidade e desempenho da Rede Prestadora. 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 405 da ANS, que institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, todas as operadoras de planos de saúde tem obrigação de publicar, em seu material de divulgação da rede assistencial, a qualificação de cada um dos seus prestadores de serviços credenciados.

5.2 RN 405/2016

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS possui natureza indutora da melhoria da qualidade

setorial, com a participação dos prestadores de serviços ocorrendo de forma voluntária.

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;
- Na definição de metas de indicadores de qualidade assistencial e de medidas de desempenho dos prestadores de serviços.

6. IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO



6.1 Prontuário Médico – Confidencialidade do Prontuário RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002:

Art. 1º Definir o 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 o mesmo 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 profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios 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.

I – 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.

6.2 Tempo de arquivamento

É norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir 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), que tem força de lei. Já de acordo com a resolução 1639/2002 do CFM, os documentos médicos em suporte de papel devem ser arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente.

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 a 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, mediante 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.

6.3 Acesso ao prontuário

Solicitação pelo próprio paciente:

Art. 70º – 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 à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.”

Art. 71º – 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 ao mesmo. 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 mesmo.

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

Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente (sendo este menor ou incapaz) o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornece 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 critérios 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 ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente, quando autorizado pelo mesmo e sob ciência prévia do médico assistente, 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.

6.4 Qualidade dos Arquivos Médico

No caso de instituições hospitalares, ressalta-se a importância dos arquivos médicos por se tratar 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 informações neles contidas.

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 e pode, ou não, absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

De acordo com as atribuições para o trabalho da Comissão de Revisão, os prontuários devem ser avaliados quanto a qualidade de seus registros. Deve ser efetuada verificação continuada de requisitos obrigatórios, tais como, a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado e evolução diária.

6.5 Prontuários Eletrônicos

A resolução CFM nº 1.821/2017 no arquivo 10ª estabelece que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo como Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

7. SEGURANÇA DO PACIENTE



A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando os mesmos são analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para tanto, devem 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 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”.

7.1 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, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

7.2 RDC Nº 36/2013

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:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Identificação do paciente;
- Higiene das mãos;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlceras por pressão;
- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

7.3 Estratégias para Segurança do Paciente



7.4 Identificação dos pacientes

A identificação do paciente é indispensável para garantir a sua segurança em qualquer ambiente de cuidado à saúde, destacando-se as unidades de pronto atendimento, coleta de exames laboratoriais, etc.

Erros de identificação podem acarretar sérias consequências para o paciente, como entrega de bebês às famílias erradas, procedimentos realizados em pacientes que não os necessitam, além de erros de medicação,

ou durante a transfusão de hemocomponentes e em testes diagnósticos, por exemplo.

A participação ativa de todos os profissionais envolvidos no processo – na admissão, transferência ou recepção do paciente de outra unidade ou instituição – assegura que o paciente seja corretamente identificado antes de qualquer tratamento ou procedimento, quando da administração de medicamentos e soluções, e principalmente antes do início dos cuidados.

A identificação deve ser feita por meio de pulseira, prontuário, etiquetas e solicitações de exames, com participação ativa do paciente e de familiares na confirmação de sua identidade.

7.5 Higiene das mãos



Quando proceder a higienização das mãos:

- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após a realização de procedimentos assépticos;
- Após contato com material biológico;
- Após contato com o mobiliário e equipamentos próximos ao paciente

- Encoraje os pacientes e suas famílias a solicitar que os profissionais higienizem as mãos.
- Estimule os familiares e visitantes a higienizar suas mãos antes e após o contato com o paciente.
- Lave as mãos com água e sabão quando visivelmente sujas, contaminadas com sangue e outros fluídos corporais.
- Nunca use simultaneamente produtos à base de álcool com sabão antisséptico ou as higienize com uma formulação alcoólica antes e após a realização de procedimentos.
- Use preferencialmente produtos para higienização das mãos à base de álcool para antissepsia rotineira se as mãos não estiverem visivelmente sujas.
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.
- Na ausência de pia com água e sabão, utilize a solução à base de álcool.

7.6 Cirurgias seguras salvam vidas

Sugestões práticas:

- Estimular a comunicação eficaz e adequada entre os membros da equipe, eliminando quaisquer dúvidas a respeito de quais procedimentos serão realizados e os materiais que deverão ser utilizados.
- Identificar o paciente e o orientar para participar da marcação do local da intervenção cirúrgica.
- Verificar se o prontuário pertence ao paciente, se os procedimentos cirúrgicos e anestésicos foram planejados e se estão anotados no prontuário, e se os exames laboratoriais e de imagem são de fato do paciente.
- Confirmar se os materiais imprescindíveis para realizar o procedimento encontram-se na sala e se o carrinho de emergência está completo.
- Desenvolver listas de verificação específicas e as utilizar nas diferentes etapas do processo. Por exemplo: lista de montagem de sala cirúrgica, lista de conferência dos documentos em prontuário, lista de verificação do carrinho de anestesia.
- Estimular a cultura de segurança do paciente, implantando a lista de verificação recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que define três fases distintas: **sign in, time out, sign out**.



Sign in (checar imediatamente antes da indução anestésica):

- Confirmação do paciente: Identificar o paciente; confirmar o local da cirurgia; confirmar o procedimento a ser realizado; lembrar de preencher o consentimento informado e solicitar assinatura do paciente.
- Confirmar a marcação do local da intervenção cirúrgica com profissional que irá realizar procedimento e/ou com o paciente.

- Realizar com os anestesistas os procedimentos de segurança para a anestesia, bem como a conferência do equipamento para tal.
- Monitorar a oximetria.
- Verificar as dificuldades de ventilação ou risco de aspiração.
- Avaliar as possíveis perdas sanguíneas

Time Out (checar antes da incisão na pele):

- Confirmar todos os membros que compõem a equipe, solicitando que se apresentem pelo nome e pela função.
- Fazer a confirmação do paciente, local da cirurgia e tipo de procedimento.
- O cirurgião deverá verificar os pontos críticos da cirurgia, a duração do procedimento e as possíveis perdas sanguíneas. O anestesista deverá verificar os pontos críticos da anestesia.
- A enfermagem deverá verificar os pontos críticos da assistência, como indicadores de esterilização e equipamentos necessários para a cirurgia.
- Realizar de antibioticoterapia profilática. Verificar a necessidade de equipamentos radiográficos.

Sign Out (checar antes do paciente sair da sala de cirurgia):

- Confirmar a realização do procedimento.
- Conferir instrumentais, compressas e agulhas.
- Conferir, identificar e armazenar corretamente o material para biópsia

8. IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO



Previsto na portaria nº 1.660 julho/2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA). Estas notificações são registradas através da plataforma Web da ANVISA através do programa NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária). O NOTIVISA é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber as notificações de eventos adversos (EA). Estas notificações são registradas através da plataforma Web da ANVISA através do programa NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária). O NOTIVISA é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob 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 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. 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.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Nota Técnica N°01/2018

Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89C-NICA+N%C2%BA01-2018+GVIMS-GGTES-ANVISA/ef1b8e18-a36f-41ae-84c9-53860b-c2513f>>.

Acesso em: 20/05/2019

Segurança do paciente em Serviços de Saúde

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf>.

Acesso em: 10/05/2019

Notificações em Vigilância Sanitária

Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>>.

Acesso em 10/05/2019

QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude#>>.

Acesso em: 10/05/2019

Resolução – RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

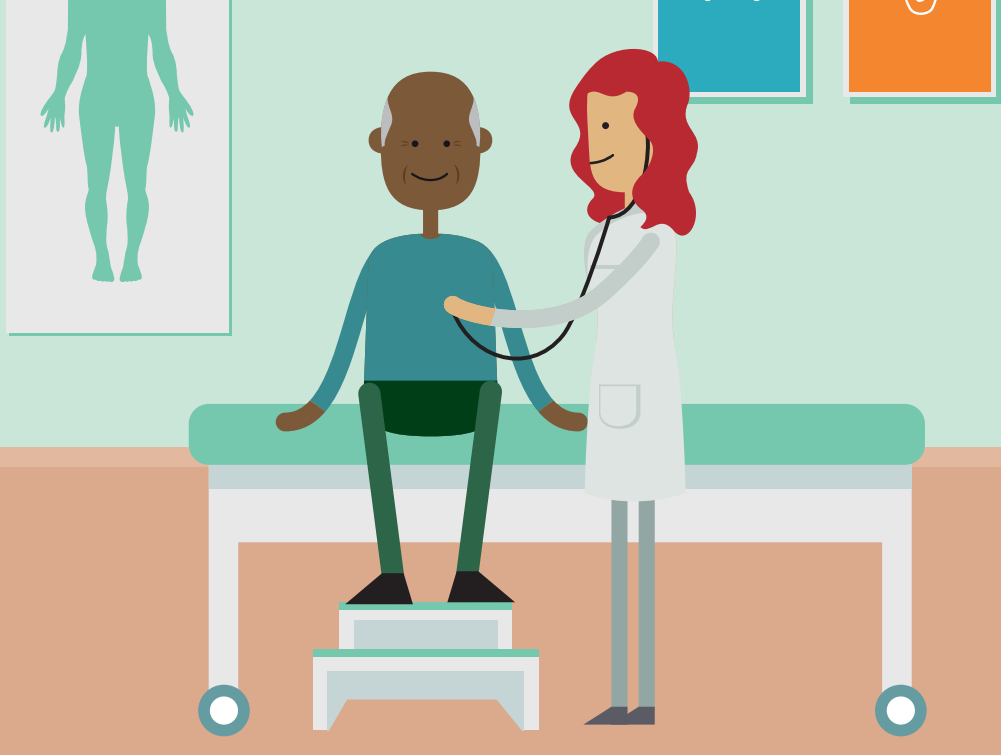
Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

Acesso em: 10/05/2019

Resolução CFM 1.821/2007

Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm>

Acesso em: 10/06/2019



Negócio

A Unimed é uma cooperativa de trabalho e assistência médica com foco na saúde, não apenas como o negócio, mas como missão.

Missão:

Proporcionar as melhores soluções em saúde, promovendo o bem estar de nossos clientes, valorizando o trabalho dos médicos e colaboradores, assegurando o desenvolvimento sustentável do Sistema Unimed.

Visão:

Ser referência em serviços de saúde suplementar, com excelência em humanização, sustentabilidade e inovação até 2022.

Valores:

- Inovação:

Somos agentes de transformação, com foco na melhoria contínua dos processos.

- Sustentabilidade:

Conduzimos a cooperativa com vistas a perpetuação do negócio.

- Cooperação:

Valorizamos o trabalho em equipe e das pessoas, gerando oportunidades através de transparência e informação.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

