

GLOSSÁRIO APS

A

Acessibilidade: Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos, das edificações e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Ampliação e Qualificação do Acesso: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde das operadoras de planos de saúde (Anexo IV – V.1)

Assistência farmacêutica: Conjunto de ações voltadas à promoção e manutenção da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população beneficiária. (Anexo IV – VII, 1.3)

Atenção Básica em Saúde: Ver Atenção Primária à Saúde.

Atenção domiciliar: Forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, cuidados paliativos e tratamento de doenças e reabilitação. (Anexo IV – VII, 3.12)

Atenção Primária à Saúde (APS): atenção primária à saúde é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial ofertado aos usuários do sistema de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Art. 3º; Art. 22; Anexo IV – II.1, III.2, IV.1, V.1).

Atendimento Centrado no Paciente e na Família: são dois os componentes principais do atendimento centrado no paciente e na família: um deles se refere ao cuidado da pessoa, no seu contexto familiar, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas; e o segundo se relaciona à identificação de objetivos comuns entre profissionais de saúde e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. O atendimento centrado no paciente deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS (Anexo IV – VII- 4).

Auditor em saúde: Médico, cirurgião dentista, profissional em saúde da área do procedimento a ser autorizado, habilitado para as atividades de controle, avaliação e auditoria em sistemas de saúde. (Anexo IV – II.1, VII – 5.6)

Auditoria médica: Conjunto de procedimentos para avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados, visando a melhoria progressiva da assistência de saúde. (Anexo IV – II.1, VII – 5.6)

Avaliação inicial de diagnóstico: Desenvolvida por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS, é uma avaliação pontual, sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização (Art. 15; Anexo IV – II.1).

B

Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. (Art. 1º, Art. 2º, Art. 4º; anexo IV, VII – 1.2 e 1.3).

Busca ativa de pacientes/beneficiários: Possível forma de identificação da população-alvo, realizada através de envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos etc). Possibilita ainda, o deslocamento da equipe de saúde para fora da instituição de saúde. (Anexo IV – VII, 1.9 e 3.2)

C

Características demográficas da carteira da operadora: Análise das características de uma população, utilizando alguns aspectos do comportamento demográfico para auxiliar na definição do perfil de saúde da população. Os indicadores básicos de saúde, inseridos no tema demografia, estão distribuídos em três subtemas: fecundidade, mortalidade e longevidade (Anexo IV – III.2).

Características epidemiológicas da carteira da operadora: Levantamento detalhado das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. É um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população (Anexo IV – III.2).

Carteira: Conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos (Anexo IV – III.3; VII – 1.2).

Carteira de Serviços da APS: Carteira de Serviços é o documento ordenador da APS no âmbito da operadora, definindo normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária à saúde (APS). Seu conteúdo abrange a organização dos serviços na atenção primária, com diretrizes para organização local e para gestão das equipes de saúde, e o conjunto das atividades assistenciais realizadas na atenção primária. Tem como objetivos contribuir para melhorar a equidade na oferta de ações e serviços, ampliação da abrangência e melhoria da qualidade da atenção primária (Anexo IV- III.4; VII – 1.7).

Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras: Processo voluntário de avaliação de conformidade com requisitos técnicos pré-estabelecidos pela ANS na prestação de serviços de atenção à saúde disponibilizados pelas Operadoras e realizado por entidades credenciadas em saúde (Art. 1º; Art. 16º).

Certificado de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras: é um documento emitido por Entidade Acreditadora em Saúde, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que uma Operadora de plano de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento na melhoria da qualidade da atenção à saúde (Art. 1º; Art. 16º).

Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde: A Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS) é um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído na Resolução Normativa (RN) nº XXX/2018. A Certificação em APS propõe um modelo inovador na saúde suplementar, para a reorganização da porta de entrada do sistema, com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor (Anexo IV – II; V).

Condições Crônicas Complexas: Condições crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje, muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo, estão a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ou insuficiência cardíaca, diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e poli medicação (OMS, 2015) (Anexo IV – VII, 3.2).

Conflito de interesse: Conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio ao interesse da organização (Art. 28º; Anexo IV – VII, 6.1)

Consultoria: Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento e orientação com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução, devendo ocorrer de forma continuada por período de tempo determinado (Art. 3º, Art. 4º e Art. 5º, Anexo IV – II.1).

Coordenador do Cuidado: Coordenador do cuidado é o profissional responsável por guiar os passos e orientar o paciente e sua família dentro do sistema de saúde. De acordo com a Associação Médica Americana, o coordenador do cuidado é também conhecido como o “Navigator” (“navegador”) do paciente, sendo responsável pelo gerenciamento pessoal do cuidado do usuário à medida que o mesmo se move pelas diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema.

Geralmente, o coordenador ou gestor do cuidado é um enfermeiro (Anexo IV – IV.2; VII – 2.5, 3.9, 5.2).

Cuidados paliativos: Serviços de saúde oferecidos ao paciente gravemente enfermo, ajudando-o a viver com qualidade e dignidade a finitude da sua vida. A oferta dos cuidados paliativos aos enfermos graves, permite respeitar os princípios bioéticos de beneficência, não-maleficência e respeito à autonomia do paciente, garantindo seu bem-estar no fim de vida (Anexo IV – VII - 3.12).

Cuidados primários de saúde: Cuidados ofertados por médico generalista ou outros profissionais de saúde, como enfermeiro, dentista e pessoal técnico, auxiliar e elementar. Este nível de assistência serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para os demais níveis do sistema de saúde. Deve prover uma gama de serviços básicos indispensáveis à preservação e à recuperação da saúde (Anexo IV – VII, 3.14).

D

Diretrizes clínicas: Documentos científicos elaborados com o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes (Anexo IV –VII, 3.4 e 3.5).

Documento técnico: Documento que descreve metodologia utilizada, cronograma e população-alvo. Pode ser registrado em papel ou em meio eletrônico, de modo que possa servir para consulta, estudo ou validação técnica. Deve apresentar informações redigidas de forma estruturada, possuindo representação que permita claro entendimento e visualização objetiva. Deve ser mantido atualizado e permitir rastreabilidade total para que seja possível localizar e resgatar informações (Anexo IV – VII – 1.10, 4.10 e 5.2).

E

Educação Permanente: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (Anexo IV – V.1).

Efetividade: Capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização, otimizando recursos e de forma social e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos (Anexo IV – IV.2; 2.6 e 5.7).

Eficiência: Refere-se à análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade (Anexo IV – VII – 2.7 e 5.7).

Entidades Acreditoras em Saúde: são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitidos pela The International Society For Quality in Health Care – ISQua e são reconhecidas pela ANS para executar a Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (Anexo IV – II; V.2; VI; VII – 5.7).

Eventos adversos: Complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado ao paciente, não atribuídas à evolução natural da doença de base (Anexo IV – VII, 3.6).

Eventos assistenciais: Ações de saúde ofertadas pela operadora de saúde que incluem a cobertura assistencial do Rol de produtos da ANS. (Anexo IV – VII, 3.6)

F

Fator moderador: Mecanismo de participação financeira do beneficiário em caso de evento ou procedimento por ele realizado, em forma de franquia ou coparticipação. (Anexo IV – VII, 7)

Fee-for-service: Modelo de remuneração no qual os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde são pagos por cada serviço realizado. (Anexo IV – VII, 7.1, 7.2, 7.3))

Franquia: Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. (Anexo IV – VII, 7)

G

Gestor do Cuidado: sinônimo de Coordenador do Cuidado (Anexo IV – IV.2; VII – 2.5, 3.9, 5.2).

H

Hábitos saudáveis: Alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. (Anexo IV – VII, 4.3)

I

Indicadores: Dados ou informações, preferencialmente numéricos, que representam um determinado fenômeno e que são utilizados para medir um processo ou seus resultados. Podem ser obtidos durante a realização de um processo ou ao seu final. (Anexo IV – VI.1; VII, 2.7, 3.12, 5.1, 5.2, 5.4; IX)

Indicadores de atenção em saúde: Métricas para mensurar eventos em saúde, seja da carteira ou de públicos selecionados, incluindo os indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS (Anexo IV – VI.1; VII, 2.7, 3.12, 5.1).

Indicadores de segurança do paciente: Indicadores da qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, com foco em aspectos da segurança do paciente. Rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador (Anexo IV – VI.1; VII, 2.7, 3.12, 5.1)

Indicadores de qualidade: Instrumentos de acompanhamento e medição utilizados para avaliar o desempenho da organização e promover melhorias contínuas no processo. (Anexo IV - IX)

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS: Medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde. É um componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, calculado a partir do resultado obtido em indicadores criados e agrupados, por suas características, em quatro dimensões: assistência prestada pelas operadoras a seus clientes, aspectos econômico financeiros, estrutura e operação da Operadora e satisfação do cliente. Nesse cálculo, são utilizadas as informações sobre beneficiários, produtos e situação econômico-financeira encaminhadas pelas próprias operadoras para os sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de cada período analisado (12 meses), bem como as informações apuradas em processos administrativos sancionadores (Anexo IV – III.1, VII – 4.10).

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): O conceito de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), ou internações por condições evitáveis, podem ser entendidas como um conjunto de problemas de saúde, para os quais a atuação do sistema de saúde pode ser efetiva, ao lançar mão de atividades tais como a prevenção de doenças; o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de doenças crônicas (Anexo IV- IV.2; VII, 5.2; 4).

Interações Centradas no Paciente: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde. Ver Atendimento Centrado no Paciente e na Família (Anexo IV – V.1; VII- 4).

M

Médico Generalista: Médico com especialização em Clínica Geral ou Saúde da Família ou cuja prática não seja restrita a uma área específica da medicina. Entende-se aqui como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra. (Anexo IV – III.4; IV.2; VII – 1.7)

Modelo de remuneração: Política de pagamento - sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos para prestadores de serviços, os quais podem ser profissionais individuais (médicos generalistas; especialistas; fisioterapeutas; dentistas; enfermeiros, etc.) e instituições prestadoras de serviços de saúde(hospitais, casas de saúde, agências de saúde, clínicas, laboratórios, etc.). É a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde pelas fontes pagadoras (por exemplo, governos, empresas de planos de saúde ou pacientes). A forma como se estabelece a remuneração dos prestadores de Serviços não deve ser confundida com os valores monetários pagos aos prestadores. Exemplos de Modelos de remuneração: fee for service (pagamento por procedimentos); Fee for Performance (pagamento por desempenho); Capitation; Diagnosis Related Groupings (DRG), Orçamentação (Global ou Parcial), Bundled Payments for Care Improvement (BPCI), dentre outros (Anexo IV – VII, 7).

Monitoramento: Observação e registro regular das atividades de um projeto ou programa, com o objetivo identificar tanto não conformidades reais como potenciais, e ainda, apontar pontos de melhoria. (Anexo IV – VII, 5)

Morbidade: Variável característica das comunidades de seres vivos, que se refere ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta. (Anexo IV –)

Multidisciplinar: Atividades ou ações realizadas por representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço. (Anexo IV – VII, 5.1)

Modelos Inovadores de Remuneração Baseados em Valor: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (Anexo IV – V.1).

Monitoramento e Avaliação da Qualidade: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (Anexo IV – V.1)

N

Navegador do Cuidado: sinônimo de Coordenador ou Gestor do Cuidado. (Anexo IV – IV.2; VII – 2.5, 3.9, 5.2).

Níveis de atenção à saúde: Categoria proposta pela Organização Mundial de Saúde para organizar os sistemas de saúde em níveis de atenção, descritos como: primário, secundário e terciário, que buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos (Anexo IV – VII, 2.5, 3.3).

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP: Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. (Anexo IV – VII)

P

Paciente complexo: Paciente com múltiplas comorbidades e comprometimentos funcionais que demandam ações específicas de saúde. (Anexo IV – VII – 3.7)

Paciente crônico: Indivíduo portador de patologia (s) que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total. (Anexo IV – VII – 3.7).

Pesquisa de Satisfação de Beneficiários: Entrevista com os beneficiários da OPS utilizando questionário para avaliar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados pela Operadora. (Anexo IV – VII, 4.10)

Planejamento e Estruturação Técnica: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (Anexo IV – V.1)

Plano de Segurança do Paciente: Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (Anexo IV – VII, 3.6).

Plano Estruturado da APS: compreende-se por Plano estruturado um documento que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, política, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, contendo a justificativa técnica para a escolha da população abordada. (Anexo IV – VII, 1.1)

Plano Privado de Assistência à Saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora (Art. 1º).

População Alvo da Atenção Primária à Saúde da Operadora: Para adesão ao Programa de Certificação em APS, é condição obrigatória a inclusão dos “Adultos e idosos” como população-alvo. As demais populações-alvo (saúde da criança, saúde materna) e condições de saúde prioritárias (saúde mental, saúde bucal e saúde funcional) sugeridas poderão ser incorporadas de acordo com o escopo do programa desenvolvido pela operadora (Anexo IV – III.2).

Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde: Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade (Anexo IV – VII, 3.7).

Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP: Programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril, com o objetivo de criar no Brasil um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O pilar do PNSP, são as seis metas de Segurança do Paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (Anexo IV – VII, 3.6).

Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: Conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. As estratégias dos programas estão orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, ao longo do curso da vida, incorporando ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, desde o pré-natal até as idades mais avançadas. São tipos de modelagens de programas: programa para gerenciamento de crônicos; programa para população-alvo específica; programa para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida; entre outros (Anexo IV – VII, 4.3).

Prontuário eletrônico do Paciente (PEP): Software que permite o armazenamento de todas as informações clínicas e administrativas do paciente, tendo como principal objetivo registrar os procedimentos, medicamentos, plano de cuidado, profissionais assistentes e o fluxo de atendimento do beneficiário realizado por profissionais de saúde. (Anexo IV – VII – 3.13)

Protocolo clínico: Documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Anexo IV – VII, 3.4).

Q

Qualidade de vida: Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Considera a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. (Anexo IV – VII, 4.10)

Qualidade e Continuidade do Cuidado: um dos sete requisitos do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (Anexo IV – V.1)

QUALISS: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Possui natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, com a participação voluntária dos prestadores de serviços. (Anexo IV – VII, 3)

R

Rede de Atenção à Saúde: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Anexo IV – VII, 1.1, 2.1, 3.3)

Rede Prestadora: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Anexo IV – VII, 1.1, 2.1, 3.3).

Referência e Contra Referência: Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o beneficiário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos (hospitais e clínicas especializadas). Já a Contra Referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do beneficiário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples. (Anexo IV – VII, 3.3)

S

Segurança do Paciente: Prevenção ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de um evento adverso a um paciente, durante a realização de um tratamento médico. (Anexo IV – VII, 3.6, 5.3).

Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT): Modalidade de prestação de serviços na área da saúde com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. (Anexo IV – VII – 3.14).

Sustentabilidade: Capacidade de uma organização se manter no longo prazo em um mercado competitivo, com interferências do ambiente em que está inserida e contemplando a finitude de recursos disponíveis para a sua sobrevivência. (Anexo IV – VII, 4.2).

T

Termo Consentimento Livre e Esclarecido: Documento que comprova a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir. Também conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV – VII – 4.5).

V

Visita de Diagnóstico: é instrumento necessário para a avaliação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras sem fins de certificação com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização e é desenvolvido por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS, que, ao final emitem uma Declaração de Diagnóstico Organizacional, entretanto, não estabelecem vínculo obrigatório para a visita de avaliação para a certificação propriamente dita (Anexo IV – VII, 5.2).

