

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
2. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	3
3. O PROGRAMA DE RECONHECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA REDE PRESTADORA	3
4. PRONTUÁRIO MÉDICO	3
4.1. CONFIDENCIALIDADE DO PRONTUÁRIO	3
4.2. CÓPIA DO PRONTUÁRIO	3
4.3. REALIZAÇÃO DE AUDITORIA MÉDICA OU MECANISMO SIMILAR, NA VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	3
4.4. CONSERVAÇÃO DE PRONTUÁRIO FÍSICO	3
4.5. PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS	3
5. QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS	3
6. ADOÇÃO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP)	3
7. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	3
8. ATUALIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA OBRIGATÓRIA	3
9. APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	3
10. MANUTENÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE	3
11. USO REGULAR DA ÚLTIMA VERSÃO DO PADRÃO TISS TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR	3
12. EFETIVO ENVIO DE NOTIFICAÇÕES – NOTIVISA	3
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	3

1. Introdução

A Unimed Andradas Cooperativa de Trabalho Médico, Operadora registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o no 352861, adjunto a lei e normas que regem a operação de planos de saúde, cumpre zelar pela qualidade e excelência da assistência prestada aos seus beneficiários.

Este manual foi criado com o objetivo de orientar sua rede prestadora, amparado em normativas legais, com uma síntese de tópicos relevantes, inerentes aos serviços executados pelos prestadores de serviço, voltados à qualificação, desempenho, segurança e acreditação do sistema de saúde.

2. Identidade Organizacional

Nossa política baseia-se nos princípios e valores cooperativistas, fundamentados na ética e transparência de suas ações, a fim de buscar verdadeiras transformações sociais.

Os princípios do Cooperativismo

Adesão voluntária e livre, gestão democrática e livre, participação econômica dos membros, autonomia e independência, educação, formação e informação, intercooperação e o interesse pela comunidade

Negócio

Soluções em saúde.

Missão

Atender ao beneficiário Unimed com atenção e respeito, oferecer trabalho digno aos cooperados, valorizar nossos colaboradores e praticando a sustentabilidade em prol da comunidade.

Visão

Proporcionar o bem-estar com a dignidade, buscando alcançar a satisfação dos beneficiários e valorização do cooperado.

Valores

Cooperativismo, integração, honestidade, transparência, qualidade, relacionamento, comprometimento

3. O Programa de Reconhecimento e Qualificação de Rede Prestadora

O Programa de Reconhecimento e Qualificação da Rede Prestadora consiste no reconhecimento, qualificação e incentivo da rede assistencial dos prestadores de serviço da Unimed Andradas, visando à melhoria na prestação dos serviços de saúde oferecidos.

Com este programa o prestador poderá receber incentivos financeiros e não financeiros a fim de fomentar à acreditação/certificação, e estímulos vinculados a utilização de protocolos. Protocolos estes, de segurança do Paciente e diretrizes clínicas baseadas em evidências, adoção do Plano de Segurança do Paciente (PSP), adoção de políticas de notificação para relatar eventos adversos relacionados à assistência à saúde, manter e monitorar indicadores de qualidade e

segurança do paciente, realizar periodicamente auditoria ou utilizar-se de mecanismos similares para a verificação dos prontuários médicos.

A metodologia adotada para avaliação da rede credenciada mede a qualidade do serviço apresentando como referência as seguintes características: segurança, complexidade, conforto e experiência no cliente.

Segurança

A segurança assistencial depende da infraestrutura disponível para assistência, da disponibilidade de profissionais, em número adequado e da organização dos processos assistenciais e de suporte do prestador avaliado.

Conforto

Conforto é importante tanto para o paciente quanto para a família.

Complexidade

Complexidade mede a capacidade de uma organização em atender demandas assistenciais de pacientes mais complexos alinhado com a disponibilização de ativos tecnológicos e competências assistenciais específicas. O prestador é avaliado e classificado quanto a estas capacidades.

Experiência do cliente

A experiência do cliente se relaciona com o nível de estruturação dos processos para a melhoria da experiência do paciente durante a jornada dele na organização.

4. Realização de Auditoria Médica ou Mecanismo Similar, na Verificação de Prontuários

A Operadora irá avaliar desfechos clínicos através das auditorias operativas, realizadas regularmente por médico qualificado nos atendimentos hospitalares e pré-hospitalares de urgência e emergência em que é analisado o quadro clínico de entrada, bem como procedimentos, condutas e diagnósticos de alta.

5. Prontuário Médico

A resolução CFM 1638/2002 define Prontuário Médico como um 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, quando assistência prestada por equipe multiprofissional possibilita maior comunicação entre os membros e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Não existem regras para o preenchimento das evoluções dos pacientes. A forma de realizar o registro pode diversificar entre os serviços. Entretanto, algumas boas práticas como legibilidade, organização e clareza das informações preenchidas devem sempre ser seguidas. Além disso, o prontuário é uma das principais ferramentas para a proteção do profissional de saúde. É um documento que prova as condutas tomadas, apresentando, inclusive, valor legal.

Orientações relevantes:

- Não registre informações à lápis ou de forma que possa a vir ser apagada;
- Não rasure ou empregue forma de corretivo que indique falsificação;
- Evite deixar espaços ou folhas em branco entre um registro e outro;
- Não faça qualquer anotação que não se refira ao paciente;
- Registre as informações desde a entrada até a saída do atendimento e para finalizar o responsável pelo atendimento tem que assinar e carimbar o atendimento prestado.

5.1. Confidencialidade do Prontuário

RESOLUÇÃO CFM 1931/2009: Aprova o Código de Ética Médica que impede ao médico revelar informações pertinentes ao processo saúde-doença, salvo através autorização legal, conforme o Capítulo IX – Sigilo Profissional.

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial

5.2. Cópia do Prontuário

Paciente

Conforme Código de Ética Médica, é vedado ao médico negar informação ao paciente, acesso a seu prontuário e deixar de lhe fornecer cópia quando solicitado.

Familiares e/ou responsável legal

Conforme resolução nº 3/2014 do CFM

RECOMENDA-SE: Art. 1º - Que os médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar: a) forneçam, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do

paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, e b) informem os pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário médico após a sua morte.

Familiares e/ou responsável legal

Conforme resolução nº 3/2014 do CFM

RECOMENDA-SE: Art. 1º - Que os médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar: a) forneçam, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, e b) informem os pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário médico após a sua morte.

Equipe de auditoria (médicos e enfermeiros)

Médicos

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.614 de 9 de março de 2001

Normatiza o relacionamento médico assistente/médico auditor e o Código de Ética Médica atualizado. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Considera-se o ato de auditoria médica um importante instrumento de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, objetivando resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação de serviços.

Enfermeiros auditores

Conforme Resolução COFEN nº 266 de 05 de outubro de 2001, que aprova as Atividades do O enfermeiro Auditor deve organizar dirigir, planejar, coordenar, avaliar, prestar Consultoria e emissão de pareceres sobre os serviços de auditoria de enfermagem. Possui direito de acessos

aos contratos e adendos da instituição auditada. Também garantia de acesso aos prontuários dos pacientes e documentação necessária. Pode visitar e entrevistar o paciente, e se necessário, acompanhar procedimentos prestados no sentido de diminuir quaisquer dúvidas que interfiram em seu relatório. O profissional deve respeitar o sigilo profissional, respeitando a privacidade, salvo casos previstos em lei que objetive a garantia do bem-estar do ser humano e preservação da vida.

5.3. Conservação de Prontuário Físico

Os documentos físicos referentes aos arquivos médicos devem ser conservados em local adequado, protegidos de fatores ambientais e físicos, como umidade, calor e sol e demais intempéries.

Os fatores ambientais são os mais importantes na conservação de documentos e são responsáveis pelas reações químicas altamente nocivas ao papel, além de favorecerem a presença de outros agentes igualmente responsáveis pela destruição de documentos. Esses fatores ambientais podem se apresentar como:

Insolação intensa e umidade relativa elevada (não ultrapassar 60% de umidade);

Manutenção inadequada (goteiras, infiltrações, janela quebradas, frestas (...));

As prateleiras devem estar a 15 centímetros do chão, 15 centímetros afastadas da parede e 30 centímetros afastadas do teto;

Obs.: O local de arquivamento deve apresentar controle de acesso, sendo esta uma medida de segurança que só permite que pessoas autorizadas manipulem os arquivos.

5.4. PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

A resolução do CFM N° 1.821/2007 estabelece:

“Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização

contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento Eletrônico de Documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do "Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)", por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado

digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

6. Adoção do Plano de Segurança do Paciente (PSP)

O plano de segurança do paciente, segundo a norma publicada pela ANVISA, (RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013), deve estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde, entre outros. Esta, corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Para implantação do PSP – Plano de Segurança do Paciente, deve primeiramente definir a metodologia para construção do Plano, comunicar aos envolvidos nos processos de segurança do paciente, implantar ferramentas do sistema de gestão da qualidade para todas as comissões e por fim validar os protocolos de segurança do paciente.

7. Protocolos de Segurança do Paciente

Adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência: elaborados pelo da Saúde e por sociedades médicas de especialidades, orientam a prática clínica, estabelecem como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes (follow-up), de acordo com a patologia ou linhas de cuidado.

- Identificação do Paciente;
- Comunicação efetiva;
- Prática de Higiene das mãos em serviço de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- Prevenção de lesões por pressão;
- Prevenção de quedas.

8. Atualização da Documentação Mínima Obrigatória

O Prestador de serviços de saúde, afim de se manter em dia com a legislação vigente, bem como a manutenção do seu vínculo junto a Unimed Andradas, deve proceder periodicamente com o envio da documentação legal atualizada, consistindo em: Alvará de Funcionamento e/ou Vigilância Sanitária, CNES e Registro de responsabilidade técnica, dentro da validade.

9. Apresentação da Qualificação Profissional

A busca da educação continuada se faz na constante qualificação do indivíduo, seja no âmbito acadêmico, profissional ou pessoal. Assim o prestador que apresenta de selos de qualidade (Acreditação e Certificação), horas de capacitação anual por profissional e a participação em projetos de indução da qualidade da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, demonstra o aperfeiçoamento de suas habilidades, importantes na prestação dos serviços de saúde.

10. Manutenção de Indicadores da Qualidade

O Prestador de Serviços de Saúde deve monitorar os indicadores de qualidade e segurança do paciente, desenvolvendo para estes a mensuração e monitoramento do nível de segurança, com o objetivo de identificar problemas ou oportunidades de melhoria e controlar o efeito das eventuais intervenções.

11. Uso Regular da Última Versão do Padrão TISS Troca de Informação em Saúde Suplementar

Tratando de um padrão para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares, sendo regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que publica regularmente as novas versões do Padrão TISS, devendo a rede credenciada estar alinhada as novas versões.

12. Envio Efetivo de Notificações (NOTIVISA)

Evento adverso é um acontecimento imprevisto que trouxe prejuízo ou danos ao paciente, visitante ou colaborador. Tendo como exemplos: queda de leito, administração de medicamento errado ou dose errada, queda de visitante, agressão, lesão por pressão, acidente perfuro cortante com colaborador. Existe também o evento quase adverso que é um evento adverso que poderia ter acontecido se não fosse detectado antes. Como por exemplo: ao administrar um medicamento detectar que o paciente está com o nome trocado na etiqueta de identificação; piso escorregadio que pode ocasionar uma queda; erro de identificação do paciente.

As notificações são importantes porque assim como os processos assistenciais estão cada vez mais complexos, o risco da ocorrência de erros, por parte do profissional de saúde, e de eventos adversos, vinculados a erro ou não, tornou-se um dos nossos maiores desafios. Desta forma, a busca pela cultura da segurança do paciente tem se mostrado necessidade crescente na instituição. Qualquer profissional que atua na nulidade deve notificar os eventos adversos ou quase eventos adversos.

Referências

RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

Resolução CFM 1.638 /2002

CFM N° 1.821/2007

CEM - Código de Ética Médica 2010

Recomendação CFM 3/2014

Resolução Normativa RN 277/2011

Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente

COFEN 266/2001

Resolução CFM 1.614/2001

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

