



MANUAL DE  
**BOAS PRÁTICAS  
DO PRESTADOR  
DE SERVIÇO**



Elaborado em  
19 de Julho | 2019

**Unimed**   
Sete Lagoas



## 1. INTRODUÇÃO

A Unimed Sete Lagoas Cooperativa de Trabalho Médico, Operadora registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o no 34.9534, 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.

Com objetivo de orientar sua rede, este Manual foi criado 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 sete princípios do Cooperativismo

- 1 - Adesão voluntária e livre
- 2 - Gestão democrática e livre
- 3 - Participação econômica dos membros
- 4 - Autonomia e independência
- 5 - Educação, formação e informação
- 6 - Intercooperação
- 7 - Interesse pela comunidade



## **Negócio**

Soluções em saúde.

## **Missão**

Oferecer soluções em saúde gerenciando o risco com excelência; buscando a satisfação dos beneficiários, colaboradores, prestadores e cooperados.

Promovendo, fundamentalmente a valorização do trabalho médico.

## **Visão**

Ser referência no segmento de saúde suplementar, respeitando os postulados do cooperativismo médico.

## **Valores**

Cooperação

Ética

Transparência

Sustentabilidade



## 1.1 QUALIREDE - PROGRAMA DE RECONHECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

O QUALIREDE consiste em um programa de reconhecimento e qualificação da rede assistencial dos prestadores de serviço da UNIMED SETE LAGOAS, visando à melhoria **na prestação dos serviços oferecidos**.

Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento dentre outros.

Com este programa o prestador poderá receber incentivos financeiros e não financeiros a fim de incentivar à acreditação/certificação, e estímulos vinculados à adoção de boas práticas, excelência no atendimento a padrões e protocolos.

Para o desenvolvimento do programa, a Unimed Sete Lagoas adotou a metodologia Score Rede “Faça Você Mesmo”, desenvolvida pela IAG Saúde. É uma metodologia de qualificação da rede prestadora por meio da avaliação, da mensuração dos serviços de saúde e do desenvolvimento da rede. A metodologia foi reconhecida em 2016 pela ANS como um dos sistemas de aferição do QUALISS.

O PROGRAMA **QUALIREDE** inicia-se com uma visita técnica programada para avaliação de requisitos pré-definidos e enviados previamente aos prestadores. A periodicidade das visitas é definida conforme a validade do certificado emitido na última avaliação do prestador.

A metodologia adotada para avaliação da rede credenciada mede a qualidade do serviço tendo como referência as seguintes dimensões: ***segurança, complexidade hospitalar, 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**

Entendendo que conforto é importante tanto para o paciente quanto para a família, o nível de classificação deste requisito considera o tipo de acabamento e facilidades oferecidas.

- **Complexidade Hospitalar (Dimensão exclusiva do prestador hospitalar)**

Complexidade se aplica aos hospitais e mede a capacidade de uma organização atender demandas assistenciais de pacientes complexos alinhado com a disponibilização de ativos tecnológicos e competências assistenciais específicas. O prestador é avaliado e classificado quanto a estas capacitações.

- **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.

## 2. 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, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional 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 diferentes 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, tendo, inclusive, valor legal.

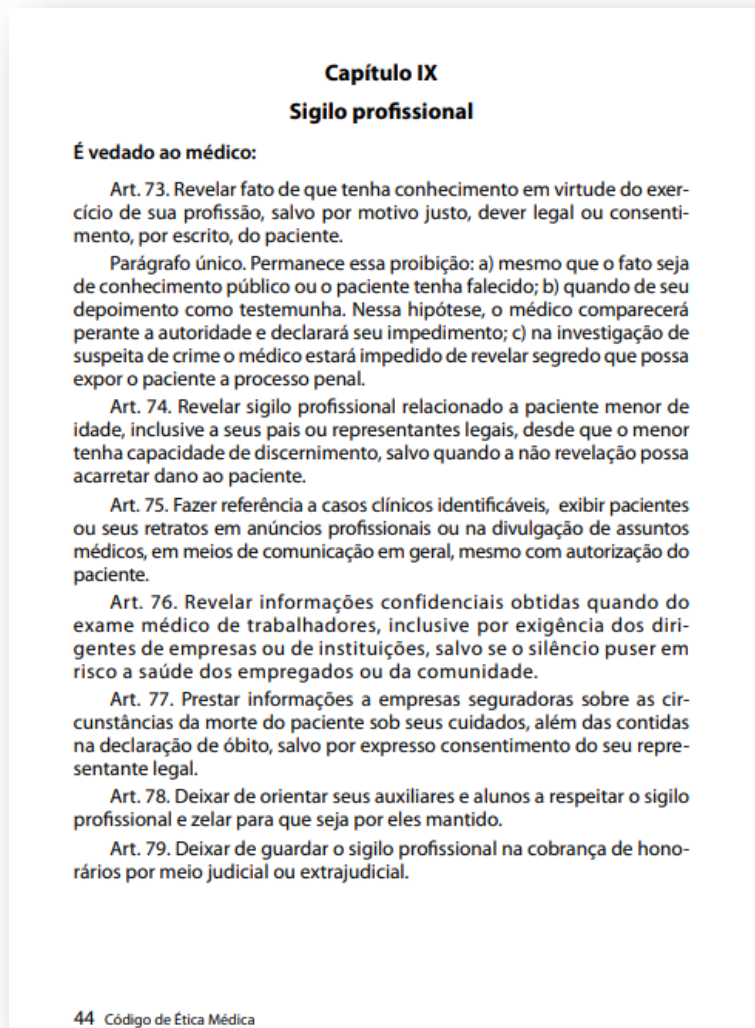
Orientações relevantes:

- Não registre informações à lápis ou de forma que possa ser apagado;
- 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.



## 2.1. 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.



## 2.2 - 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, determina-se no Art. 1º:

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 Enfermeiro Auditor:

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.

### **3. QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS**

Os documentos para arquivo podem ser classificados em diferentes categorias, de acordo com suas características. Baseando-se nelas, podemos classificá-los quanto ao gênero, espécie, tipologia, natureza do assunto, forma e formato.

Para os Arquivos Médicos, recomenda-se que os documentos estejam classificados e armazenados de forma que a sua busca seja fácil, rápida e completa.

A tabela de temporalidade é um instrumento que pode auxiliar no controle dos documentos de forma ordenada. Tal ferramenta determina o prazo de permanência de um documento em um arquivo e sua destinação após este prazo.



### 3.1 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.

### 3.2 PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

A resolução do CFM Nº 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.

#### 4. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Segurança do Paciente: Para Organização Mundial de Saúde, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. (RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013)**

O Núcleo de Segurança do Paciente tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de saúde, em conformidade com a RDC 36, de 25 de julho de 2013.

O Núcleo é constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.



Apesar de não ser obrigatório para todos os serviços de saúde, colocar em prática suas diretrizes representa a adoção de boas práticas e conseqüentemente uma assistência à saúde prestada com maior qualidade e segurança assistencial.

#### **4.1 AO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMPETE:**

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;



X - compartilhar e divulgar à Direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

#### **4.2 ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

1. Definir a metodologia para construção do Plano de Segurança do Paciente.
2. Comunicar com os setores envolvidos nos processos de segurança do paciente
3. Implantar as ferramentas do sistema de gestão da qualidade para todas as comissões.
4. Validar os protocolos de segurança do paciente.



#### 4.3 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 • Identificação do Paciente
- 2 • Prática de Higiene das mãos em serviço de saúde
- 3 • Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
- 4 • Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos
- 5 • Prevenção de lesões por pressão
- 6 • Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013
- Resolução CFM 1.638 /2002
- CFM Nº 1.821/2007
- CEM - Código de Ética Médica 2010
- Recomendação CFM 3/2014
- Resolução Normativa RN 277/2011
- Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente  
<[segurancadopaciente.com.br](http://segurancadopaciente.com.br)>
- COFEN 266/2001
- Resolução CFM 1.614/2001