

Sistemas de acreditação como tendência para a gestão estratégica e de qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde

Systems for accreditation as a tendency to strategic management and organizations in providing quality health services

Rodrigo Della TORRES [1](#); Tafaél Lucas PEREIRA [2](#)

Recibido: 26/08/16 • Aprobado: 20/09/2016

Conteúdo

- [1. Formatação geral](#)
- [2. A evolução da acreditação no Brasil](#)
- [3. A acreditação e seus resultados](#)
- [4. Alguns fatos que comprovam a tendência](#)
- [5. Conclusão](#)

Referências

RESUMO:

As Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde (OPSS), tais como, Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Diagnóstico e Pronto Socorros ficaram durante muito tempo atrasadas em relação aos métodos e técnicas de gestão administrativa, fato ocasionado principalmente por serem vistas, não como uma empresa, mas como uma organização que não necessitava de métodos de gestão, afinal seu foco deveria ser apenas o cuidar dos doentes. À medida que o tempo passou e que se evidenciou que uma Organização Prestadora de Serviço de Saúde é sim uma empresa e que, portanto, precisa de uma administração eficaz, novas metodologias surgiram e, entre todas elas, destacam-se os sistemas de acreditação. Sinônimo de qualidade e de gestão, a acreditação tem se tornado ao longo do tempo uma palavra de referência entre as OPSS. Atualmente assiste-se um forte movimento a nível nacional pela acreditação, tendo este programa se firmado na última década como um meio de implantação e monitorização de melhorias na gestão nos serviços de saúde, sendo que a sua crescente popularidade, tem resultado na conscientização geral da importância de uma forte gestão estratégica e de qualidade na área. A acreditação confere aos compradores dos serviços de saúde e em primeira instância aos pacientes, a confiança de entregar sua vida aos cuidados de uma instituição que apresenta concordância com padrões de segurança e qualidade. A acreditação tem como meta principal melhorar o desempenho da gestão institucional e por isso, é perceptível, em escala ascendente, a tendência no uso deste modelo para a profissionalização do negócio saúde.

Palavras-chave: Acreditação, Gestão, Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

ABSTRACT:

Organizations Providing Health Service (OPSS), such as, Hospitals, Laboratories, Diagnostic Clinics and Emergency Aid were long delayed in relation to the methods and techniques of administration, was caused mainly by being seen, not as a company but as an organization that did not require management methods, after all your focus should just be caring for the sick. As time passed and it became clear that a Service Provider Organization Health is a firm yes and that therefore needs an effective administration, and new methodologies have emerged, among them all, stand up accreditation systems. Synonymous with quality and management, accreditation has become over time a word of reference among OPSS. Currently we are seeing a strong movement at the national level for accreditation, this program has established itself over the past decade as a means of implementing and monitoring improvements in health services management, and its growing popularity has resulted in the general awareness of importance of a strong strategic management and quality in the area. The accreditation gives purchasers of health services and in the first instance to patients, the confidence to give your life over to the care of an institution that provides compliance with safety standards and quality. The main goal of accreditation is to improve the performance of institutional management and therefore is noticeable, in ascending scale, the trend in the use of this model for the professionalization of business health.

Keywords: Accreditation, Management, Organizations Providing Health Services.

1. Formatação geral

Quando comparamos o início da utilização de metodologias, ferramentas e técnicas de gestão em Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) com outros nichos do mercado ficamos perplexos com o atraso das primeiras na profissionalização e gestão do seu negócio. Enquanto setores industriais como o de manufatura, automobilístico e alimentício já estava andando a passos largos, a área da saúde ainda estava em fase embrionária neste campo, enxergando-se muito aquém da necessidade de profissionalização, fato ocasionado principalmente, porque os principais atores deste cenário, os Médicos e os Enfermeiros não eram formados para a ciência da administração e não conheciam conceitos básicos da boa gestão, pois toda sua formação tinha sido para o assistencialismo, fato ainda predominando na grande curricular da formação acadêmica destes profissionais.

É fato inegável que a medicina contribui de forma única para a evolução tecnológica e para o progresso em relação à descoberta e prevenção de doenças. Porém, de maneira paradoxal, o sistema de saúde enfrenta um momento crítico advindo do sentimento de insatisfação da população que necessita dos serviços médico-hospitalares, principalmente as classes mais baixas que não possuem recursos para buscar outras opções de tratamento (COUTO; PEDROSA, 2007). Na pesquisa mundial de saúde, projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2003), foi

identificado que 46,7% dos brasileiros usuários exclusivos do sistema público e 28% dos usuários do sistema suplementar estão insatisfeitos com o funcionamento da assistência.

Ademais, segundo Maximiano (1997), o cenário atual brasileiro, no contexto de uma economia globalizada, encontra-se em situação preocupante em que as instituições não mais suportarão os custos relacionados com a má-qualidade, dentre eles os gastos elevados com morbidade e mortalidade crescentes, despesas com retrabalho e dispêndios com processos ineficientes, não bastasse o comprometimento da imagem da organização perante a sociedade, além da perda de clientes e de mercado.

Este cenário de insatisfação associado com a má-qualidade na prestação de serviços, a crise financeira caracterizada pelo crescente endividamento do setor e pela perda de crédito junto às instituições financeiras, a inflação dos materiais/medicamentos, as atuais verticalizações, a concorrência acirrada, entre diversos outros fatores tem feito as OPSS se adequarem as mudanças impostas pela sociedade e ao mesmo tempo atender as demandas de uma clientela cada vez mais exigente. Sai de cena o amadorismo e entra em cena a saúde vista como um negócio, que como outro qualquer precisa ser eficazmente administrado, para gerar resultados satisfatórios em termos de sustentabilidade e qualidade.

Felizmente e ainda em tempo, o que se nota atualmente no mercado de saúde é uma acentuada efervescência na profissionalização com a aplicação de técnicas de gestão, largamente utilizadas em outros segmentos econômicos. Os movimentos na adoção de modelos de gestão, com a finalidade de melhorar o desempenho e os resultados são bastante perceptíveis. Os compradores de serviços de saúde, preocupados com a qualidade e os respectivos custos, também começam a exigir, informações sobre os serviços prestados e seus resultados, bem como da amplitude do controle da gestão. Esta pressão, ainda que pequena, começa a mobilizar os dirigentes a praticar novas técnicas de gestão que permitam atender tais exigências, diminuir os custos dos serviços, profissionalizarem o negócio e melhorar os resultados, a fim de se destacarem e se manterem neste mercado tão acirrado.

É neste sentido que a acreditação surge como um dos métodos mais eficazes de modelo de gestão para as OPSS, pois impõe novas posturas no que se refere às competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do negócio principal da organização: a assistência aos clientes/pacientes. O programa de acreditação, como veremos neste artigo, não é, se for encarado e implantado de maneira correta, mais uma certificação para adornar uma parede qualquer. É sim, sobretudo, um modelo de excelência em si mesmo, para a gestão completa de uma OPSS, no sentido de tornar eficaz, eficiente e efetivo todos os recursos físicos, humanos, tecnológicos e financeiros. A acreditação deve ser compreendida sob duas dimensões. A primeira e mais importante, como um processo educacional, que leva as OPSS, especialmente os profissionais de saúde, a adquirirem a cultura da qualidade para gestão de excelência, fundamental para os processos organizacionais; e a segunda, como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos (NETO; BITTAR, 2004).

Em nosso país, como veremos neste estudo, é cada vez maior o número de OPSS acreditadas. Além disso, há diversas que ainda não o foram, mas estão em fase de implementação do seu sistema de gestão. Além da acreditação nacional, o mercado também já conta com diversos sistemas internacionais, como o americano, o canadense e o japonês. É fato que inúmeras OPSS, ao longo de todo o território nacional, têm utilizado essa ferramenta como uma catapulta para a implantação da gestão e profissionalização dos seus negócios e tem colhidos resultados incomparáveis. É com base nos ganhos deste modelo que diversos movimentos sinalizam os sistemas de acreditação como tendência para a gestão estratégica em serviços de saúde.

Esse é o futuro, um caminho traçado e sem volta, um caminho cheio de oportunidades e um caminho que tem mostrado ser capaz de transformar o que somos, enquanto serviço de saúde, naquilo que queremos ser. O futuro está já, aqui e agora, ao alcance de todos, basta estendermos as mãos e o alcançaremos.

2. A evolução da acreditação no Brasil

No Brasil, a busca pela qualidade nas instituições de saúde iniciou um pouco mais tarde em relação ao restante do mundo. O processo iniciou com a organização e padronização dos objetivos, baseando-se em experiências externas e adequando-se a realidade brasileira.

Em 1941, criou-se a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) do Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao então Ministério de Educação e Saúde, a qual objetivava fornecer atenção aos doentes, deficientes físicos e desamparados, além de gerenciar sob todas as formas as instituições de assistência em todos os níveis.

Uma primeira classificação de hospitais por padrões em quatro classes com requisitos próprios a cada uma foi prevista na Lei 1982 de 1952, que também criou o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, promulgada pelo Governo de São Paulo. A melhor classe, a "A" pressupunha:

1. Edificações e instalações hospitalares modernas.
2. Regulamento e estatutos específicos sobre organograma funcional e serviços oferecidos.
3. Administração habilitada.
4. Regulamento do corpo médico composto de residentes, clínicos gerais e especialistas.
5. Serviços diagnósticos e terapêuticos auxiliares.
6. Arquivo médico.

Em 1961, diversos Institutos do país desenvolveram iniciativas em prol da qualidade na assistência. Entre eles podemos destacar o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) que desenvolveu o "Credenciamento de Hospitais para Convênio com o IAPC", o qual instituiu itens relacionados com a organização, equipamentos e planta física. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) estabeleceu seus "Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do IAPI". Em 1966, com a unificação dos Institutos (IAPI, IPAC, etc.) cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) sendo estabelecida em 1968 uma "Tabela de Classificação de Hospitais".

Pelo ano de 1974, desenvolveu-se um dos documentos de maior relação com os processos atuais de avaliação de serviços de saúde, o "Relatório de Classificação Hospitalar", identificado pela sigla Reclar. Seu princípio básico foi à fixação das diárias hospitalares a partir da aplicação do percentual correspondente à classificação do hospital sobre o valor da diária nacional para a especialidade.

Nessa mesma época foram criados o "Formulário de Classificação Hospitalar" e o "Comprovante de Classificação Hospitalar". O princípio básico que norteou o desenvolvimento de tais documentos foi à padronização de critérios de avaliação com a sistematização das informações colhidas pelos auditores na época. O instrumento tinha um maior direcionamento para aspectos estruturais, como planta física com peso de 30% e equipamentos com 39%, mas já se observava a atenção para a organização com 31% dos itens determinados.

Em 1985, foram estabelecidos percentuais diferenciados para Hospitais Universitários e de Ensino que os distinguiu, em função de indicadores de compromisso social, de apoio às redes regional e local de saúde, indicadores de excelência e de volume de atendimento a procedimentos de alto custo.

A Constituição de 1988 definiu a saúde como direito social universal. Observa-se "que o direito à saúde não abrange apenas a assistência médico-hospitalar, limitado aos pressupostos de oferta de procedimentos e medicamentos"... ou "apenas à ausência de enfermidade, mas consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social, nos termos da definição construída pela Organização Mundial de Saúde - OMS". O "que implica entender que ao Estado,... não cabe apenas promover medidas curativas, mas também as preventivas, políticas de saneamento básico, vigilância sanitária, desenvolvimento de áreas de lazer, até mesmo segurança pública, no objetivo de cumprir o mandamento institucional" (CARVALHO, 2008).

Com todo o embasamento construído até agora e com a sinalização clara do impacto da excelência nos serviços de saúde, a partir da década de 90, surgiram iniciativas relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, sendo que em 1992 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveu em Brasília o primeiro "Seminário Nacional sobre Acreditação", onde foi apresentado o Manual para Acreditação de Hospitais da América Latina e Caribe editado pela OPAS. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde elaborou o projeto "Garantia da Qualidade em Saúde". Já em 1994, diversas instituições ligadas à saúde no país propuseram o "Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde - PACQS", com o objetivo de implantar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos de saúde. E em 1995, criaram-se instrumentos de avaliação em diversos estados, tais como, o "Manual de Padronização de Qualidade Hospitalar", desenvolvido no Ceará, o "Manual de Determinação de Padrões e Qualidade Hospitalar" do Rio Grande do Sul, além de instrumentos de avaliação identificados como Manuais de Acreditação nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

No nível do Ministério da Saúde, em 1995 foi criado o "Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde - PGAQS", quando então o assunto acreditação começou a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério. As diretrizes deste programa foram embasadas em cinco planos de ação sendo que para a acreditação de serviços de saúde realizou-se um levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior - Estados Unidos, Canadá, Catalunha, Inglaterra e outros, além dos manuais que começaram a ser utilizados no Brasil pelos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Neste período desenvolveu-se a primeira versão de um instrumento de avaliação para acreditação, a partir do Manual da OPAS e de propostas dos Estados participantes, dentro de uma realidade brasileira. O instrumento de avaliação inicial foi testado em 17 instituições hospitalares nas cinco regiões brasileiras, por profissionais (com experiência em processos de avaliação) de cada uma das Instituições que trabalhavam com acreditação: Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), Instituto Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS) e o Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS).

1997 foi o "Ano da Saúde no Brasil", um projeto do Ministério da Saúde que definiu o processo de avaliação da qualidade e assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, conhecido como "Acreditação de Hospitais". Neste ano realizou-se uma série de atividades e reuniões buscando a unificação de procedimentos voltados para a acreditação no país. A partir destas atividades e reuniões originou-se a primeira versão do "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar" que teve seu texto final aprovado em junho de 1998. Para participar da implantação e entendimento do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) foram convidadas entidades representando prestadores de serviços de saúde, compradores destes serviços e instituições da área pública.

Também neste período concluiu-se que o SBA deveria ser coordenado por uma organização de direito privado, responsável também pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de acreditação. Foi então que em agosto de 1999 constituiu-se juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, o código de ética e a qualificação e capacitação de avaliadores, sendo que em 2000, ocorreu a conclusão do ciclo de palestras em todos os Estados da Federação, bem como, a finalização das normas do SBA. Em 2001 ocorreu a primeira certificação de uma OPSS pela metodologia nacional.

Ao longo de todo este tempo o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) firmou-se como um modelo de gestão voltado para o aumento da qualidade dos serviços de saúde. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) promove essa busca incessante pela qualidade e mesmo sendo ainda uma iniciativa recente, de apenas onze anos e mesmo com as dificuldades de implantação de sistemas da qualidade no setor saúde, o SBA, ao longo de toda sua evolução, treinou mais de 20.000 profissionais, realizou mais de 720 diagnósticos organizacionais e concedeu 466 certificados para OPSS - Hospitais, Laboratórios, Serviços de Emergência, Serviços de Diagnósticos, Serviço de Nefrologia, Serviços de Hemoterapia, Serviços de Lavanderia Hospitalar (dados até dezembro/2009) - demonstrando a fortificação desta metodologia. Na Tabela 01 vemos uma quantificação dos dados referentes à evolução dos certificados concedidos para Hospitais (não estão inclusos outras categorias de OPSS), bem como, um mapeamento da acreditação ao longo dos Estados do país, na Figura 01.

Tabela 01: A evolução da acreditação em hospitais no Brasil

NÍVEL	Dez/2008	Dez/2010	Mai/2012
01 - Acreditado	31	35 (13%)	48 (37%)
02 - Acreditado pleno	46	54 (17%)	45 (-17%)
03 - Acreditado com excelência	21	43 (104%)	55 (28%)
TOTAL	98	132 (35%)	148 (12%)

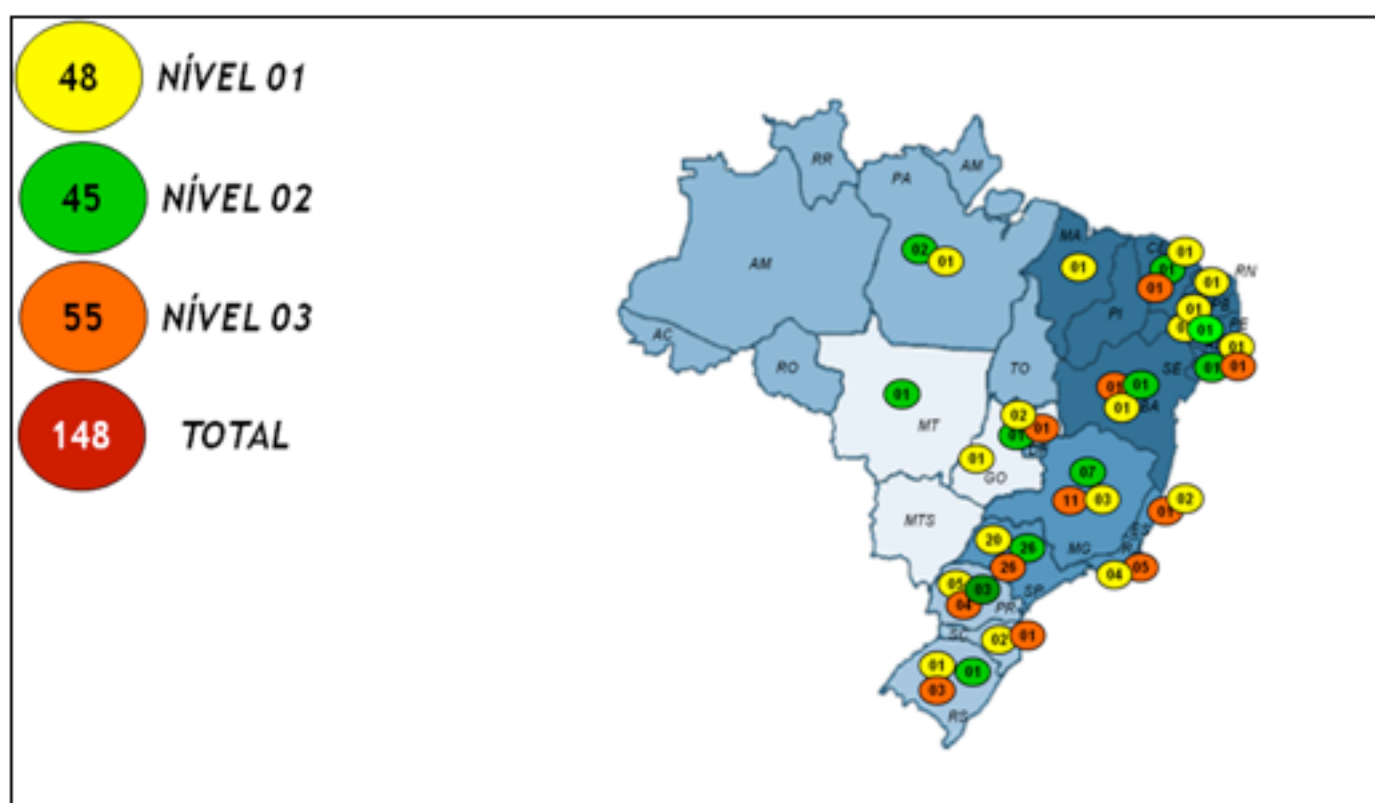


Figura 01: O mapeamento da acreditação no Brasil

Na Tabela 01, analisando o percentual de credenciais no nível 02 de dezembro/2010 para maio/2011, pode-se evidenciar uma redução significativa na quantidade de certificações válidas (-17%), porém analisando criticamente todos os dados percebemos que efetivamente o que ocorreu no período foi uma migração de hospitais para o nível 03. De dezembro/2010 a maio/2011, 08 hospitais deixaram de ser nível 02, todavia 11 hospitais tornaram-se nível 03. Percebe-se que está é uma tendência natural do processo de certificação, ocasionada principalmente pela busca constante por melhorias e inovações que estão inseridas dentro da metodologia da acreditação.

Além do modelo nacional de acreditação, o mercado de saúde do país conta também com modelos de acreditação internacionais. Dentre eles, os principais são o modelo americano intitulado *Joint Commission Internacional (JCI)* e o modelo canadense - *Accreditation Canadá*. Contamos no Brasil atualmente com 23 hospitais acreditados na metodologia americana (JCI) e 12 na canadense.

3. A acreditação e seus resultados

É latente o aumento das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, principalmente na última década, que buscam e implementam metodologias nacionais e/ou internacionais focadas na gestão da qualidade e na melhoria do desempenho. Mas nos cabe questionar se estes sistemas de acreditação também podem ser considerados como uma fonte de inovações também para os negócios da OPSS?

Fato é que o uso de modelos de gestão da qualidade é uma forma de garantir o cumprimento da missão das instituições de saúde. Dessa forma, é um meio para conseguir melhores negociações e não um fim. A organização competitiva pode, neste momento, marcar sua posição no mercado, diferenciando-se das demais. Porém, não há ainda uma exigência mais definida no mercado por este tipo de qualificação, seja dos usuários, seja das empresas-clientes dessas operadoras. Mas isso está em um caminho perene e crescente de mudança, tal qual se evidenciou acima.

O maior objetivo da acreditação é a segurança do cliente/paciente, pois este é um dos pilares básicos para alcançar a qualidade da assistência. Se há um aumento na segurança dos processos dentro da OPSS, diminuem-se vítimas e acontece a redução de custos em toda a cadeia. As operadoras já reconhecem os benefícios da certificação também para os negócios das OPSS e fazem pressão para que as instituições busquem qualidade. Atualmente já se constata médicos, operadoras e clientes/pacientes recomendarem instituições de saúde baseadas em suas certificações. Está provado que a certificação reduz os custos e garante mais qualidade no atendimento aos clientes/pacientes. Há também um ganho maior de credibilidade para negociar melhores condições com as operadoras.

Além disso, observa-se que a acreditação reduz a variabilidade dos processos, tornando o resultado da assistência mais previsível e reduzindo riscos. O retorno é evidenciado no fortalecimento da imagem institucional frente ao mercado, pois permite diferenciar os serviços de saúde para o público leigo, que não tem o conhecimento necessário para avaliar a qualidade da assistência em seus aspectos técnicos.

O retorno para as pessoas, clientes e processos é imediato. As práticas de excelência melhoram o clima organizacional com o resgate da confiabilidade e, conseqüentemente, ganham os clientes e os processos. O resultado de todas estas ações internas garante ganhos financeiros a médio e longo prazo. O impacto da gestão pela qualidade pode ser sentido na racionalização de custos, como, por exemplo, na taxa de ocupação e diminuição da média de permanência em função da revisão de processos, racionalização dos recursos e revisão do modelo de gestão. A certificação confere credibilidade, confiança e sustentabilidade ao hospital. O programa representa o reconhecimento do trabalho integrado entre o corpo clínico e as equipes assistenciais e administrativas.

Tanto prestadores quanto tomadores de serviços começam a buscar mecanismos para viabilizar formas de remuneração diferenciadas de serviços, com base nos benefícios e resultados da acreditação. Teremos que, como ocorreu nos Estados Unidos, vencer paradigmas culturais e de mercado para viabilizar a nova realidade. Não existe diferença metodológica na implantação da acreditação para o setor público e privado, mas, se os hospitais privados podem utilizar a acreditação como forma de obter remuneração diferenciada, baseada nos benefícios do padrão de excelência, os públicos não devem seguir outra lógica. Com o processo de acreditação o hospital ganha visibilidade e, ainda mais importante, sedimenta o papel do Estado na região. É a busca pela qualidade por si só. E o sucesso de um hospital público mostra à população a sedimentação de um modelo de gestão.

Falando-se de remuneração diferenciada podemos exemplificar o caso da Unimed de Belo Horizonte que há três anos, implantou um programa de qualificação de prestadores de serviços, onde a operadora co-financia o processo de certificação, oferecendo uma remuneração diferenciada aos prestadores de serviços que aderirem à proposta de qualificação. Desta forma, os hospitais têm um incremento de 7% a 15% sobre o valor das diárias, conforme o nível de certificação alcançado. Para viabilizar o início dos investimentos, a Unimed-BH antecipa esses reajustes. O programa prevê apoio técnico e investimento de R\$ 4 milhões por ano para fomentar a acreditação da rede hospitalar acreditada. Ao fazer uso da remuneração para incentivar os prestadores a melhorar o atendimento, a operadora estabeleceu em troca, um cronograma para que eles busquem a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Com o programa, os investimentos no sistema de gestão contribuem para a reestruturação da rede hospitalar e a sua sustentabilidade em médio e longo prazo.

Não apenas a Unimed-BH, mas a operadora Unimed como um todo já conta com um sistema de pagamento por desempenho que remunera de forma diferenciada aqueles hospitais que possuem um selo de acreditação. A tabela hospitalar de intercâmbio estadual da operadora divide as remunerações em 07 níveis diferentes, sendo N6 o menor valor de remuneração e N0 o maior, sendo este acrescido de 20% em relação aos valores do nível anterior - N1. Porém, para que um hospital seja classificado nesta melhor categoria - N0 - necessita obrigatoriamente, entre outras coisas, ser acreditado.

O alcance do processo de acreditação é diferenciado para cada instituição, sendo o principal aspecto tratado neste modelo a segurança na execução dos processos de cuidado do paciente, que é a atividade fim de qualquer OPSS. A sistematização dos processos, pela implantação dos requisitos definidos nos padrões do Manual Brasileiro de Acreditação tem proporcionado uma significativa transformação nas práticas diárias, estabelecendo novos conceitos e culturas organizacionais que viabilizam a implantação de novos modelos de programas assistências e de gerenciamento, que por fim implicam em resultados efetivos de melhoria no desempenho global do conjunto de serviços de cada instituição acreditada.

Com a preocupação rotineira de atender aos requisitos do sistema de acreditação, as organizações passam invariavelmente por um processo mais intenso e mais objetivo de amadurecimento gerencial, principalmente nos escalões intermediários de hierarquia, em que a consciência para a qualidade cresce de forma exponencial. A OPSS vai, gradativamente, tornando-se mais crítica consigo mesma, o que a faz crescer cada vez mais em agilidade e eficácia. Para conformidade aos padrões, muitas melhorias são implementadas ao longo do tempo, tais como, protocolos clínico-assistenciais baseados nas melhores práticas, gerenciamento de eventos adversos e sentinela, capacitação de times de resposta rápida, padronização de processos, capacitações contínua, entre tantas outras.

Na prática, toda a organização se volta para as atividades que geram valor para o negócio e há uma mudança do paradigma de gestão funcional para o paradigma de gestão sistêmica. Além dos benefícios para os pacientes, observamos que a grande maioria dos colaboradores fica entusiasmada em participar deste processo, encarando-a como uma forma de desenvolvimento profissional e como um diferencial competitivo em termos profissionais para o mercado de trabalho.

4. Alguns fatos que comprovam a tendência

A acreditação é um modelo de gestão e por fim um método de avaliação ainda voluntário, porém este fato vem se alterando e várias ações reforçam a tendência de que os sistemas de acreditação ganharão cada vez mais força e espaço no mercado de saúde brasileiro, podendo inclusive se tornar obrigatório e o grande impulsionador para a reforma da saúde em nosso país. Como exemplo destes projetos e ações, podemos citar:

- a. O projeto de lei 7985/10 que torna obrigatória a acreditação para os hospitais conveniados ao SUS.
- b. Em consulta pública nº. 36, de 10/12/10 a Agência Nacional de Saúde (ANS) define a acreditação de operadoras de planos privados de saúde como necessidade imediata do setor. A ANS dará conhecimento aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, por meio de divulgação em seu site (www.ans.gov.br), da lista de OPSS que receberem a certidão de acreditação. Segundo o Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras, Leandro Reis Tavares, a acreditação de operadoras representa uma ação estratégica, na medida em que é capaz de reduzir as imperfeições do mercado, permitindo que as empresas conheçam melhor seu próprio negócio e os consumidores tenha nítida percepção das diferenças dos níveis de qualidade, dos serviços ofertados.
- c. A Agência Nacional de Saúde (ANS) em sua agenda regulatória de 2011/2012 no pilar "Modelo de Pagamento a Prestadores" define que haja uma "avaliação comparativa da qualidade e dos resultados criando uma competição saudável pelo melhor valor agregado para o consumidor e ampliando suas oportunidades de escolha".
- d. Também em sua agenda regulatória 2011/2012 a ANS no pilar "Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial", prevê que irá, entre outras coisas:
 1. Efetuar a revisão do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) do Programa de Qualificação de Operadoras, principalmente no que se refere à dimensão de satisfação do beneficiário.
 2. Implantar programas de acreditação de operadoras de planos de saúde e de qualificação dos prestadores de serviços que integram o mercado de saúde suplementar.
- e. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH) já tem como critério que todos os seus associados precisam obrigatoriamente possuir pelo menos uma das seguintes metodologias de acreditação:
 1. ONA nível 03.
 2. Joint Commission International (JCI) - americana.
 3. National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO) - japonesa.
 4. Accreditation Canadá.
- f. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) tem como objetivo e em alinhamento com sua missão "promover junto aos associados modelos de excelência em gestão hospitalar, incentivando a adoção de governança corporativa, de acreditação hospitalar e das melhores práticas de gestão empresarial".
- g. O Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) criou uma linha de crédito rotativa e pré-aprovada de até R\$ 250 mil, baseada no conceito de cartão de crédito, com o objetivo de financiar em até 36 meses os investimentos das micro, pequenas e médias OPSS em metodologias de acreditação nacional e internacionais.
- h. A Organização Nacional de Acreditação lançou em maio de 2010 o Manual de Acreditação para Programas de Saúde & Prevenção de Riscos, para as operadoras que desejam acreditar também os programas de saúde que realizam.
 - i. Cada vez mais o Brasil se apresenta como uma das melhores opções para o Turismo em Saúde, entre outros fatores esse destaque se dá pelos preços dos procedimentos médicos praticados aqui, mais competitivos, por exemplo, que nos Estados Unidos e Europa, proporcionando uma considerável economia para os clientes. Esse novo segmento de mercado que faz com que, principalmente nos grandes centros e nos grandes hospitais, haja uma busca por selos de qualidade internacionais, para evidenciar a estes turistas em saúde, que buscam a assistência em nosso país que a qualidade e a segurança dos nossos serviços são, no mínimo, equiparadas aos do seu país de origem, ou ainda melhor.

5. Conclusão

As estimativas para os próximos anos na área da saúde não são apenas negativas. Há aquelas que são extremamente promissoras. A expectativa de vida deve crescer, o poder de consumo aumentar, a indústria de saúde evoluir e a concorrência se acirrar. Estamos entregando como nunca antes, e, muitas vezes, deixando a reflexão e a estratégia de gestão para depois. Este modelo pode dar certo por um tempo, mas o mercado vai se encarregar de fazer a seleção entre os mais preparados. Aqueles que não se organizarem acabarão sumindo. O desafio para as lideranças da área passa a ser o de assegurar que a estratégia traga os resultados esperados e garanta vantagens competitivas no longo prazo.

A busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços prestados é o caminho para as instituições que lutam pela permanência no mercado competitivo e que prezam pelo atendimento de excelência. Por isso, os serviços de saúde têm procurado novos modelos assistenciais e outras formas de gestão, a fim de alcançarem resultados capazes de otimizar os recursos, incrementar o cuidado, além de garantir a melhoria do serviço oferecido. Nesse contexto, os modelos de acreditação surgem como uma possibilidade de promover as tão sonhadas mudanças no cenário brasileiro atual, desgastado pelo modelo tecnicista de atendimento. Sobretudo o processo de qualidade traz mudanças de hábitos e de comportamentos, impõe aos sujeitos envolvidos a ruptura daquilo que não agrega valor, bem como, fomenta um ambiente organizacional de contínua excelência.

Nesta fase difícil em que se encontram os serviços de saúde em todo o mundo, principalmente em países emergentes, como o nosso, a implantação de modelos de gestão estratégica e qualidade reveste-se de grande importância à medida que proporcionará uma diminuição nos índices de erros no processo de cuidado, tal como, cirurgias em pacientes errados, cirurgias em partes erradas do corpo, administração incorreta de medicações, troca de resultados de exames e recém-nascidos, falta de equipes capacitadas para o atendimento de urgência, entre tantos outros. Os riscos são inerentes ao negócio, mas as ameaças podem ser identificadas e tratadas antes que o risco se materialize.

É fato que acreditação é hoje entendida como uma mera etapa num processo amplamente participado de melhoria progressiva, assim como é fato comprovado pelas tendências de mercado, a maioria apresentadas neste material, que cada vez mais as atividades de gestão estratégica, qualidade e acreditação, bem como, o uso de medidas de desempenho, serão utilizadas para a tomada de decisões pelas instituições de saúde, pelos compradores de serviço e pelos pacientes.

Ao longo destes onze anos a Organização Nacional de Acreditação (ONA) implantou e consolidou a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação. Firmou parcerias, desenvolveu e revisou instrumentos de implantação e avaliação, capacitou pessoas, certificou organizações, cresceu e ampliou sua área de atuação. Durante este período, incontáveis foram os ganhos. Nunca as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) e as entidades da área se preocuparam tanto com a incorporação de modelos de gestão. A ONA está em constante processo de evolução e atualização, redesenhando processos e tornando verdade um modelo de qualidade em saúde educativo e transformador, assumindo assim o compromisso com a excelência do setor de saúde.

Frente a tudo isso pode-se afirmar que a acreditação se apresenta como a nova tendência para a gestão em saúde do nosso país. Cabe para aquelas organizações que ainda não tomaram ciência da real dimensão e do impacto dos sistemas de acreditação, a busca por informações e referenciais para compreensão do método e do sistema, pois o caminho já está traçado e não deve retroceder. Tal como na teoria da evolução das espécies, de Charles Darwin, neste cenário também não serão os mais fortes que irão sobreviver, e sim, os mais adaptáveis.

Referências

ASSUMÇÃO, D. C. **PLC - 7985/2010 Tornará obrigatório o controle de qualidade nos hospitais conveniados pelo SUS, como forma de garantir qualidade no serviço**. Disponível em: <<http://www.votenaweb.com.br/projetos/2331>>. Acesso em: 29/05/2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Consulta Pública Nº. 36**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consultas-publicas/357-ans-abre-consulta-publica-no-36>>. Acesso em: 30/05/2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Agenda Regulatória 2011/2012**. Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_agenda_regulatoria/hotsite_SITE_ANS.html>. Acesso em: 15/05/ 2011.

BRASIL. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Como se Associar**. Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.anahp.org.br/comoseassociar.asp>>. Acesso em: 12/05/2011.

BRASIL. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Objetivos**. Brasil, 2011 Disponível em: <<http://www.anahp.org.br/objetivos.asp>>. Acesso em: 12/05/2011.

BRASIL. Banco Nacional do Desenvolvimento. **Cartão BNDES amplia atuação e passa a financiar serviços de certificação e acreditação**. Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Sala_de_Imprensa/Noticias/2008/20080911_not157_08.html>. Acesso em: 12/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa mundial de saúde: primeiros resultados**. Brasil, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 30/05/2011.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Curso Preparatório de Avaliados SBA/ONA**. Brasil. 2009.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Coleção Manual Brasileiro de Acreditação: versão 2010**. Brasil. 2010.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: Acreditação e gestão em Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377 p.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MAXIMIANO, A. C. A. **O enfoque na qualidade na administração**. In: MAXIMIANO, A. C.A. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada**. São Paulo: Atlas, 1997. cap.5.

NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais: administração da qualidade e Acreditação de organizações complexas**. 1. ed. Porto

1. (Universidade Federal Do Rio Grande do Norte, Natal - Brasil). Email: rodrigodtorres@hotmail.com

2. (Programa de pós-graduação em engenharia de produção da UTFPR, Ponta Grossa- Brasil) tafadluca@hotmail.com

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015
Vol. 38 (Nº 07) Año 2017

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a webmaster]