ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 9 – ACREDITAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA A INOVAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE-CE
Autores	Edlane Martins de Andrade Janini Filgueira Rosas Sammara Viviane Alves de Matos Rodrigues Jairo Soares da Silva Flavianne Santos Soares Oliveira
DOI	

Título do livro	INOVAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: SUPERANDO O MITO DA IDEIA
Organizador	Pedro Cavalcante
Volume	
Série	
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2019
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-352-0
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2019

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 9

ACREDITAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA A INOVAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE-CE

Edlane Martins de Andrade[1]
Janini Filgueira Rosas[2]
Sammara Viviane Alves de Matos Rodrigues[3]
Jairo Soares da Silva[4]
Flavianne Santos Soares Oliveira[5]

1 INTRODUÇÃO

Na década compreendida entre 1970 e 1980, o Brasil esteve inserido em um processo de reforma sanitária, num cenário de crise econômica e política, demonstrando o dilema do financiamento dos serviços de saúde (Paiva e Teixeira, 2014). O resultado desse processo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), e, até os dias atuais, ainda há lacunas na forma de como se dá e se mantém o seu financiamento (Carvalho, 2013).

Há uma dificuldade em se definir uma forma ideal de financiamento do SUS. Essa problemática é tamanha que, entre 1990 e 2000, este tema se tornou um dos mais debatidos e delicados para a efetiva implementação do SUS. Atualmente, essa temática tem tido quase a mesma frequência de pesquisa quanto a dos estudos de modelos de atenção. Pode-se dizer que grande parte dos problemas estruturais que hoje assolam o SUS tem relação com o financiamento insuficiente (Baptista, Machado e Lima, 2009).

Embora se reconheça que há problemas de gestão dos recursos disponíveis, é evidente que o sistema que pretende ser "universal" e "integral" funciona com um financiamento muito aquém do necessário. E, diante da escassez de recursos novos e da limitação dos já existentes, as instituições de saúde precisam se reinventar diariamente, para manter seu pleno funcionamento (Baptista, Machado e Lima, 2009).

1. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Juazeiro do Norte.
2. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Juazeiro do Norte.
3. Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.
4. Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.
5. Secretária de Saúde do Estado do Ceará.

Em meio a esse cenário de recursos limitados e da crescente demanda por serviços, a prestação de serviços públicos na saúde é repleta de desafios aos gestores, tornando a busca para alcance da eficiência uma missão constante.

Este capítulo se propõe a apresentar a experiência do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Regional de Juazeiro do Norte na aplicação do processo de acreditação, com uma ferramenta de gestão para melhorar o desempenho de seus processos internos, tornando-a mais eficiente e, por consequência, alcançando os padrões de qualidade internacionais para a prestação de serviços de saúde.

Na busca por ampliar as ações de saúde, mesmo em meio a um cenário árido, de escassez de recursos financeiros para o financiamento da saúde, o governo do estado do Ceará desenvolveu, entre 2009 e 2016, o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada do Estado do Ceará (PROEXMAES), que objetivou a ampliação do acesso e o incremento da qualidade dos serviços especializados de saúde, além da integração entre os distintos níveis de atenção para o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde. Para tanto, firmou um contrato de empréstimo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Por meio do PROEXMAES, foi possível a ampliação da oferta de serviços de saúde especializados para 21 regiões de saúde do estado.

No âmbito do programa, foram construídos 21 policlínicas regionais, dezesseis CEOs e dois Hospitais Regionais. Além do financiamento de obras para expansão da rede, o programa contemplou o fortalecimento institucional da gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) e propôs a melhoria contínua da qualidade dos serviços em saúde, envolvendo investimentos em tecnologia da informação (TI), formação e treinamento de gestores e técnicos e a acreditação dessas unidades.

O escopo inicial do projeto previa a acreditação de todas as unidades do programa; no entanto, este escopo foi reduzido devido à complexidade técnica e à *expertise* que o produto requeria. Sendo assim, em 2015, foi delimitado um projeto-piloto para a acreditação das unidades que apresentassem uma maior maturidade institucional, para serem submetidas ao processo no prazo de até doze meses. Na época, foram selecionadas nove unidades, sendo cinco CEOs e quatro policlínicas.

Das nove unidades que participaram do projeto-piloto, oito concluíram o processo e foram acreditadas. Duas delas (um CEO e uma policlínica) alcançaram o selo de acreditado pleno, o que significa que a instituição, além de atender aos critérios de segurança, apresenta uma gestão integrada, com processos integrados.

Atualmente, a região Nordeste contribui apenas com 11% das instituições acreditadoras de todo o país na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A acreditação das unidades

do PROEXMAES representou um avanço no padrão de qualidade e fortalecimento das boas práticas de gestão para as unidades da rede. A acreditação dos CEOs consta como um produto inovador do PROEXMAES, tendo em vista que até 2016 não havia serviços odontológicos certificados no país.

Nesse cenário, o CEO regional de Juazeiro do Norte participou desse projeto-piloto para acreditação, em uma iniciativa pioneira para o cenário nacional. Como resultados preliminares do processo, podem-se destacar a disseminação da cultura da qualidade entre as unidades, o estabelecimento de uma rede de cooperação entre diretores e funcionários dos serviços, bem como a promoção da cultura do autodiagnostico para a identificação das oportunidades de melhoria.

O CEO é uma unidade ambulatorial com nove consultórios odontológicos integrados para o atendimento de média complexidade em endodontia, prótese, periodontia e ortodontia. Dois outros consultórios são exclusivos: um para cirurgia oral menor e outro para odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Dispõe ainda dos seguintes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico: radiologia periapical, interproximal e panorâmica – com captação digital –, biópsias e próteses dentárias. A estrutura conta ainda com recepção unificada, uma sala para a diretoria, uma sala de arquivamento, uma sala de recuperação pós-sedação, copa e vestiários para funcionários, banheiros para usuários, central de esterilização simplificada e sala de radiologia.

Os CEOs possuem um modelo de gestão consorciada, em que o custeio da unidade é rateado entre os municípios da região de saúde e o estado. Além disso, as unidades contam com recurso federal por participarem do Programa Brasil Sorridente. Esse modelo de gestão favorece a divisão das responsabilidades entre gestores municipais e possibilita ofertar serviços de saúde especializados à população do interior do estado, racionalizando custos e otimizando resultados.

2 MÉTODO

2.1 Metodologia ONA de certificação

A avaliação da qualidade dos serviços é essencial na área da saúde, principalmente como referência para os pacientes, que estão sempre em busca das melhores opções de tratamento e cuidados. E, em relação a isso, a metodologia ONA de acreditação nacional tem respaldo no país, sendo uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil.

A metodologia de acreditação da ONA iniciou-se em 1999, tomando por base de referência métodos de certificação regionais e dos manuais da América Latina e de outros países, como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra.

A acreditação trata-se de um processo de avaliação para a certificação da qualidade, aplicável a diversos tipos de organizações prestadoras de serviços de saúdem (OPSS), como: hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios odontológicos ou mesmo laboratórios de exames.

A ONA coordena o SBA desde seu início. Este sistema reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em benefício do cuidado do paciente e da qualidade no atendimento prestado. Para entender a acreditação ONA, deve-se compreender que esta é de caráter educativo, sempre com foco na melhoria contínua e sem objetivo de fiscalização ou controle oficial ou governamental.

O processo de acreditação é pautado em três pilares fundamentais:

- é de caráter voluntário, solicitado pela própria instituição de saúde;
- é periódico, pois o certificado tem prazo de validade, necessitando nova avaliação após o vencimento, conhecido como recertificação; e
- é totalmente sigiloso; isto quer dizer que as informações obtidas em cada instituição de saúde durante a avaliação não são divulgadas.

A Organização Nacional de Acreditação tem por objetivo geral promover o fomento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação, que confere a qualidade dos serviços de saúde por todo o país. Permite ainda que as OPSS do Brasil vivenciem processos de melhoria contínua, garantindo assim a qualidade na assistência aos pacientes.

Entre as principais vantagens da acreditação ONA, podemos enumerar:

- segurança para os pacientes e os profissionais;
- busca voluntária da qualidade dos serviços prestados;
- educação continuada dos profissionais;
- maior qualidade da assistência;
- processo de construção de equipe e melhoria contínua; e
- melhoria do gerenciamento da unidade.

O processo de avaliação para a acreditação ONA é realizado palas instituições acreditadoras credenciadas (IACs), que tomam por referências as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o *Manual Brasileiro de Acreditação* da ONA específico.

Na ONA, há três manuais específicos que podem ser adquiridos através de seu *site*:

- *Manual Brasileiro de Acreditação: organizações prestadoras de serviços de saúde – versão 2018* (ONA, 2018);
- *Manual Brasileiro de Acreditação: serviços odontológicos – versão 2012*; e
- *Manual Brasileiro de Acreditação: serviços para a saúde – selo de qualificação ONA – versão 2016*.

Realizada a visita de certificação, a instituição poderá alcançar os seguintes resultados:

- Acreditação ONA Nível 1 – Acreditado: Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos.
- Acreditação ONA Nível 2 – Acreditado pleno: Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresentam gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos.
- Acreditação ONA Nível 3 – Acreditado com excelência: O princípio deste nível é a "excelência em gestão". Uma organização ou programa da saúde acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos.

Ressalta-se que, para poder alcançar um nível superior na acreditação, todos os requisitos do nível anterior deverão estar previamente atendidos, devendo ainda a instituição alcançar o percentual de requisitos em conformidade.

Para manter esses padrões, a instituição acreditada fica subordinada a um mecanismo de monitoramento do padrão conquistado em sua certificação, por meio de visitas ordinárias e extraordinárias que ocorrerão conforme cronograma e situações previstas nas normas orientadoras da ONA.

A proposta dessa avaliação é a promoção da qualidade e da segurança para os pacientes atendidos, por meio de implantação e desenvolvimento de processos seguros e eficientes.

Para garantir essa qualidade, é demandado muito esforço para identificar e resolver problemas com eficiência. Para isso, é preciso considerar o ponto de vista das partes interessadas e envolvidas na avaliação, envolvendo os colaboradores, os prestadores de serviço, o governo e os pacientes.

2.2 Acreditação do CEO Regional Juazeiro do Norte

O processo de acreditação, ao qual o CEO Regional de Juazeiro do Norte foi submetido, realizou-se em três etapas, descritas a seguir.

1) Diagnóstico organizacional, realizado por instituição acreditadora credenciada (IAC), no qual foi realizada uma avaliação *in loco*, a luz dos requisitos do manual.

2) Preparação para a acreditação e a certificação, com duração de doze meses, em que a unidade foi avaliada pelos requisitos distribuídos em cinco seções do *Manual Brasileiro de Odontologia* da ONA, sendo elas:

   a) gestão e liderança;

   b) atenção ao paciente;

   c) diagnostico e terapêutica; e

   d) serviços de apoio.

Nessas temáticas, foram trabalhados e ajustados os processos e os trabalhos, de forma a atender aos requisitos.

3) Visita de certificação, após dez meses da visita de diagnóstico.

Na etapa de diagnóstico organizacional, a unidade recebeu a visita de instituição acreditadora credenciada, que realizou a avaliação conforme os requisitos do manual e, ao final, emitiu relatório de visita relatando os pontos fortes, as conformidades, as não conformidades e as observações com oportunidades de melhoria.

Em posse desse relatório, o CEO Regional de Juazeiro do Norte iniciou a sua preparação, com a elaboração de um plano de ação fundamentado nas não conformidades e observações descritas no relatório de diagnóstico. Estas não conformidades foram divididas em projetos, a fim de melhor organizar o monitoramento da execução destes projetos, que aconteciam por meio das auditorias internas da qualidade.

Dando continuidade às atividades de preparação, foi estabelecida a identidade organizacional para a unidade, com a construção da missão, da visão e dos valores, alinhada às demais unidades de saúde participantes do projeto. Essa decisão de construir uma identidade organizacional comum ocorreu devido a estas unidades estarem inseridas em uma rede de atenção à saúde; nesse caso, com caráter corporativo. Essa atividade se deu através de um treinamento oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com o intuito de formar multiplicadores internos da qualidade em cada unidade, ofertados para todas as unidades do projeto-piloto.

Logo em seguida, foi construído, também em conjunto com as demais unidades, um planejamento estratégico com vistas à sustentabilidade da instituição, iniciando-se por uma análise de cenário, utilizando como ferramenta de análise SWOT *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças).

A matriz SWOT identifica os fatores internos, bem como as oportunidades e as ameaças do macroambiente – ou seja, os fatores externos. Muito utilizada em empresas durante o planejamento estratégico e para novos projetos, ela consiste em uma análise detalhada da situação do negócio no cenário econômico, o que ajuda o gestor na orientação da tomada de decisão. Seu principal objetivo é dar um diagnóstico estratégico que deve prever e prevenir condições negativas, além de firmar diretrizes que façam o empreendimento se diferenciar.

Para a aplicação dessa ferramenta, o primeiro passo foi definir quais eram os pontos fracos e fortes do ambiente interno das instituições – ou seja, o que era controlado pela organização.

Os pontos fracos ou as fraquezas consistem em identificar pontos e analisar o que pode ser feito para melhorar o negócio. Alguns pontos levantados foram: se os funcionários possuíam as capacidades exigidas pelo cargo; quais as deficiências da estrutura física; quais os entraves financeiros e burocráticos que impactavam no desempenho na instituição; qualidade dos serviços ofertados; porque seus clientes ficam insatisfeitos; entre outros.

Na sequência, definiram-se os pontos fortes, sendo elencadas características positivas da instituição, como: o que a unidade faz de melhor; de quais recursos – tanto financeiros quanto tecnológicos – a unidade dispõe; o que as unidades possuem de melhor em relação aos serviços similares no mesmo ramo – ou seja, serviço público; e o que faz seus pacientes elogiarem e indicarem a instituição para outras pessoas.

Por fim, foi analisado o ambiente externo das unidades de saúde do projeto-piloto – ou seja, o que não se conseguia controlar. Nesse quesito, foram observadas as oportunidades que existem no cenário, como as parcerias que poderiam ser feitas com a iniciativa privada, o aumento da carteira de serviços com possibilidade de novos financiamentos e a própria acreditação – isto é, o que poderia gerar nova receita e valor.

Também foram exploradas as ameaças que as instituições poderiam sofrer, como perdas de recursos financeiros, prazo de vigência dos contratos com os municípios e ausência de previsão de verbas extras complementares – ou seja, questões que pudessem afetar negativamente a receita ou a imagem do negócio.

Finalizada a análise SWOT, essa matriz foi cruzada, classificando os tipos de estratégias que deveriam ser traçadas para a tomada de decisão diante dos fatores identificados (figura 1).

FIGURA 1
Cruzamento da SWOT

MATRIZ SWOT			O QUE MELHORAR (FRAQUEZAS)								O QUE SOU BOM (FORÇAS)							
			Referência para PNE – CEO Centro	Estrutura física insuficiente para público atual e setores (almoxarifado, Same, sala de reunião e sala de PNE)	Maquinas informática defasadas/ *link* do cinturão lento/quantidade insuficiente de equipamentos de informatica + *software*	Linha telefônica (1 e sem celular).	TSBs, ASG, *officeboys* insuficientes e falta de reconhecimento e valorização do profissional (todas as categorias)	Gestão de fornecedor/comissão de licitação e setor de compras saída do LRPD interno	Demora de início e finalização dos tratamentos no CEO. Demora no dia da consulta.		Qualidade técnica da equipe/ comissões estruturadas	Parque tecnológico odontológico/ material de qualidade	Registro em prontuário/protocolos gerenciados	Satisfação do usuário/CEO Itinerante CPSMJN e CEO e Cres	União da equipe/ampliação da equipe	3 *links* de dados, maquinas padronizadas, usuários criados	Implantação da ouvidoria/ transporte sanitário	Oferta de serviços Cipa
AMBIENTE EXTERNO	Ausência de política de incentivo com remuneração diferenciada	AMEAÇAS					■				■							
	Custeio congelado/verba complementar			■	■		■					■			■			■
	Desconhecimento do perfil epidemiológico das necessidades dos municípios para adequar oferta																	
	Não ter 100% municípios da Cres consorciados			■	■		■					■						
	Prazo de mudança de gestão consorcial de dois em dois anos			■	■	■	■	■				■		■	■		■	■
	Renovação anual do contrato de rateio			■	■		■	■				■			■		■	■
	Contrato temporário de pessoal (dois anos)						■				■		■		■			
	Aumentar portfólio de serviços	OPORTUNIDADES												■				■
	100% municípios da Cres consorciados			■	■		■					■						■
	Parceria com instituições de ensino										■							■
	Concurso público						■									■		
	PMAQ – programas de incentivo financeiro às federais						■				■					■		■
	Acreditação						■				■	■	■			■	■	■
	Outras certificações						■				■	■				■	■	■

Elaboração dos autores.

O próximo passo foi a priorização das variáveis mais significativas, considerando apenas os fatores que estavam sob a governabilidade da gestão da unidade. Para essa etapa, foi utilizada a matriz de priorização, considerando os critérios de gravidade, urgência e tendência (GUT).

Ressalta-se que, para os critérios do GUT, se entendia a gravidade como representante do impacto do problema analisado, caso ele venha a acontecer sobre alguns aspectos, como: tarefas, pessoas, resultados, processos e organizações. A urgência pelo prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver determinado problema. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para solucioná-lo. Sendo recomendado questionar: "a resolução deste problema pode esperar ou deve ser realizada imediatamente?". E, por fim, a tendência que vislumbra o potencial e a tendência de crescimento, redução ou desaparecimento do problema. Para este, orienta-se questionar: "se eu não resolver esse problema agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?".

Nessa ferramenta, os fatores analisados ganham uma pontuação, multiplicando as pontuações uma pela outra. Quanto maior ela for, maior será o impacto desse problema para a instituição (tabela 2). A matriz deve ser analisada de forma decrescente, orientando qual prioridade se deve ter em relação à resolução das situações identificadas (tabela 1).

TABELA 1
Priorização dos problemas elencados

GUT				
Problemas	Gravidade	Urgência	Tendência	Prioridade
Transporte sanitário	4	4	3	48
Maquinas de informática defasadas	4	3	3	36
Acreditação	2	2	3	12
Parceria com instituição de ensino	1	2	1	2
Aumento do portfólio de serviços	1	1	1	1

Elaboração dos autores.

TABELA 2
***Score* GUT**

Score		
Gravidade	Urgência	Tendência
1 = sem gravidade	1 = não tem pressa	1 = não vai piorar
2 = pouco grave	2 = pode esperar um pouco	2 = vai piorar em longo prazo
3 = grave	3 = o mais cedo possível	3 = vai piorar em médio prazo
4 = muito grave	4 = com alguma urgência	4 = vai piorar em pouco tempo
5 = extremamente grave	5 = ação imediata	5 = vai piorar rapidamente

Elaboração dos autores.

Conforme o *score* apresentado pela matriz de priorização, a ordenação de atenção deu-se por: burocracia do processo de compras; transporte sanitário; maquinário de informática defasado; acreditação; e, por fim, o aumento do portfólio de serviços.

Todos esses passos culminaram em vários fatores a serem trabalhados como estratégicos para a sustentabilidade da instituição, consoante à identidade organizacional da unidade. A partir desse ponto, a metodologia *balanced scorecard* (BSC) foi utilizada para instrumentalização do planejamento estratégico da gestão, na qual se observa esse método como facilitador e orientador das atividades, do controle fiscal e do aprimoramento das atividades.

O BSC é uma metodologia para elaboração do planejamento estratégico de uma organização, baseado em quatro perspectivas que, segundo Kaplan e Norton (2004), refletem a estratégia organizacional.

Uma das vantagens trazidas pela implantação do método BSC é a possibilidade de se observar a organização como um todo, de uma forma abrangente e sistêmica, tendo a possibilidade de avaliar de uma forma global o desempenho institucional, através da identificação dos objetivos estratégicos.

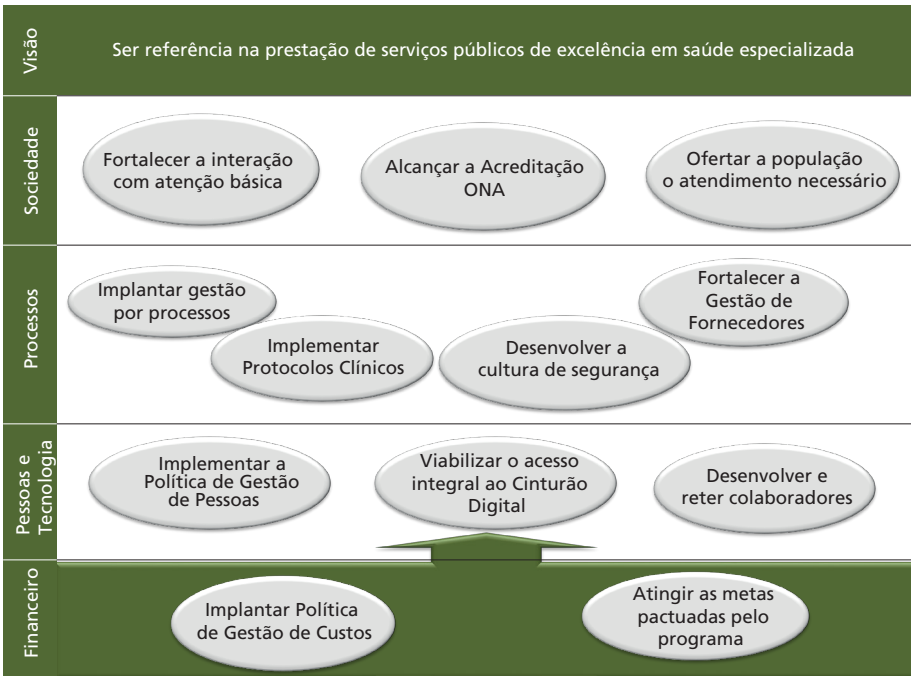
É recomendado que seja elaborado um mapa estratégico, utilizando as perspectivas financeiras, do cliente, de processos internos e de aprendizado de crescimento; todas interligadas em uma relação de causa e efeito. No caso do piloto, o mapa estratégico foi adaptado e formulado em quatro perspectivas: financeiro, pessoas e tecnologia, processos e sociedade. Todas com objetivos estratégicos para o alcance da visão da identidade organizacional.

Após definidas as quatro perspectivas de avaliação e monitoramento da instituição, foi possível estabelecer um direcionamento sobre os principais pontos a serem observados no momento da definição de estratégias e, com isso, diminuir o desgaste no momento do planejamento estratégico.

A utilização do mapa estratégico como forma de divulgação dos objetivos é outra vantagem, pois ele sintetiza as diversas realidades identificadas num documento de leitura simples e de fácil monitoração.

Os fatores identificados e priorizados foram organizados em um mapa estratégico (figura 2), construído em cima de quatro perspectivas já citadas. Cada uma dessas perspectivas carrega os projetos estratégicos para trabalhar os problemas identificados. Este foi o ponto disparador para mudança da gestão organizacional, ampliando a visão do gestor e orientando a tomada de decisões, na busca do alcance visão estabelecida.

FIGURA 2
Mapa estratégico



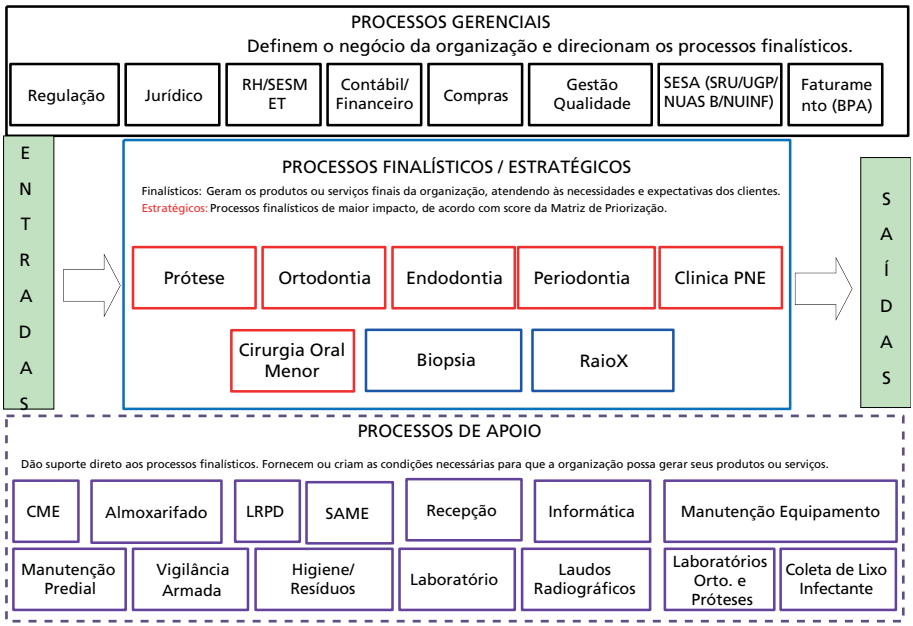
Elaboração dos autores.

A partir de então, planos de ação, indicadores e metas foram definidos e disseminados para os colaboradores envolvidos em cada objetivo estratégico, com acompanhamento e monitoramento periódico das ações.

Os passos seguintes se deram com desdobramento das atividades nas unidades com identificação do macroprocesso de trabalho (figura 2), bem como sua estratificação em processos gerenciais, de apoio e estratégicos. Além disso, mapearam-se os riscos e as barreiras de cada processo.

A partir de então, políticas institucionais direcionaram os processos de trabalho. Foram definidas onze políticas, não somente as obrigatórias pelos requisitos do manual da ONA para serviços odontológicos, bem como outras que consideramos necessárias; entre elas: política de segurança do paciente, política de segurança patrimonial, política de qualidade, política de gestão e qualificação de fornecedores, política de gestão de pessoas etc.

FIGURA 3
Macroprocesso do CEO Regional Juazeiro do Norte



Elaboração dos autores.

A gestão por processos teve início ao mesmo tempo em que estes foram mapeados, através da ferramenta Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). A aplicação da HFMEA nos processos do CEO Regional de Juazeiro do Norte se baseia nas etapas propostas por DeRosier *et al.* (2002) e tem como diferencial a utilização simultânea de algumas ferramentas de análise de processos, como o modelo proposto por Gonçalves (2000), o perfil proposto por Main (2004) e o diagrama de Ishikawa.

As cinco etapas da HFMEA ocorreram por meio das seguintes ações:

- definir o escopo (no caso, o CEO);
- montar uma equipe (escritório da qualidade);
- realizar identificação e análise de riscos e perigos do processo; e
- propor ações e medidas para mitigar os riscos e os perigos identificados, bem como medidas de resultado dessas ações.

O passo seguinte foi construção de um sistema de notificação interno para acompanhamento das não conformidades e eventos adversos através do monitoramento e análise crítica de indicadores.

Foi instituído o Escritório da Qualidade, para controle e acompanhamento dessas notificações, bem como controle de todos os documentos institucionais, desde sua elaboração e aprovação, até sua codificação e distribuição para os setores pertinentes.

Concomitante a todo esse processo, houve adequação a toda legislação pertinente aos serviços de saúde e odontológico, bem como trabalhista, ambiental, entre outras.

3 RESULTADOS

Como fruto disso tudo, podemos citar o aumento na produtividade, o cuidado mais seguro e a maior satisfação de profissionais e usuários. O CEO Regional de Juazeiro do Norte recebeu a acreditação ONA 1 – acreditado em julho de 2016, sendo um dos pioneiros o Brasil. Desde então, vem amadurecendo os processos de trabalho e entendendo como a metodologia contribui para a organização e a sustentabilidade da instituição, se mostrando como ferramenta de gestão eficaz.

Os gestores desses equipamentos carecem de um método que possibilite atuar de forma eficaz e eficiente, trazendo bons resultados de desempenho sob sua gestão. Nesse sentido, a acreditação se mostrou uma real possibilidade de se alcançar tais objetivos, pois trouxe a necessidade do gestor ter uma visão sistêmica do negócio. Despertou também o potencial criativo e inovador dos trabalhadores das instituições de saúde, transformando um cenário desfavorável em ambiente de sucesso com resultados bem satisfatórios. Os resultados são inegáveis. A cultura organizacional foi modificada, e o ambiente de trabalho foi direcionado para garantir a segurança e a satisfação dos clientes internos (colaboradores) e externos (pacientes), com envolvimento de toda a equipe, culminando na acreditação do CEO Regional de Juazeiro do Norte pela ONA, em 2016.

No cenário desfavorável da saúde pública atual no nosso país, podemos dizer que a acreditação tem o intuito de inovar e garantir qualidade e segurança no serviço prestado por esses equipamentos públicos. Toda unidade de saúde busca realizar suas atividades da melhor forma possível, com menor risco calculado, objetivando maior eficácia no serviço prestado.

A acreditação avalia serviços a partir de padrões e requisitos de qualidade e segurança, mas essa metodologia não limita o avanço das melhorias nos serviços de saúde, pois estimula os constantes ciclos de melhoria nas unidades. Em épocas de crise, não se pode ter uma atitude retraída, mas esperam-se ações inovadoras, que garantam sustentabilidade dos serviços no mercado, que, com criatividade e baixo custo, se diferenciam dos demais similares no mesmo ramo.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil**: um balanço da atuação dos poderes. Rio de Janiero: DAPS/ENSP/Fiocruz, 2009.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <goo.gl/KDbuXz>.

DEROSIER, J. *et al*. Using health care failure mode and effect analysis: the VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, v. 28, n. 5, p. 248-267, 2002.

GONÇALVES, J. E. L. Processo, que processo? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Kaplan e Norton na prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MAIN, B. W. Risk assessment: a review of the fundamental principles. **Professional Safety Journal**, v. 49, n. 12, p. 37-47, 2004.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro de acreditação**: organizações prestadoras de serviços de saúde – versão 2018. [s.l.]: ONA, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BENEVIDES, R. P. S. **Financiamento do SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 2000**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GONÇALVES, R. F. *et al*. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, out./dez. 2013.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MENDES A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

NETO, J. A. S. *et al*. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

SANTO, A. C. G.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

SANTO, A. C. G.; TANAKA, O. Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.