

CERTIFICAÇÕES PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Ana Carolina Custódio

Marília Ehl

Rosângela Catunda

INTRODUÇÃO

O conceito da qualidade é certamente um dos que mais acepções possui para as pessoas e instituições. A conceituação e aplicação de suas diversas definições depende de vários aspectos.

A palavra qualidade, quando usada isoladamente, leva implicitamente o conceito da qualidade de um bem ou serviço prestado ou fornecido por um produtor a um consumidor. É, portanto, um atributo definido, gerado e avaliado sob a interface desses dois agentes. Ao consumidor interessa basicamente o nível do serviço que um determinado fornecedor lhe presta. Nível este que convencionamos chamar de qualidade¹.

Em princípio, deve-se reconhecer que a palavra qualidade tem conotações

subjetivas, pois a definição pode carregar percepções diferentes em função de seus objetivos, necessidades, expectativas, cultura ou percepção dos diversos valores que compõem e orientam os princípios e comportamentos. Por este motivo, é comum encontrar, inclusive no âmbito reduzido de uma mesma empresa, ou até num grupo de clientes e consumidores, conceitos conflitantes do que é qualidade¹.

A visão do homem de marketing, por exemplo, pode ser diferente da do especialista em desenvolvimento de produto, que é diferente de quem está na ponta e presta o serviço diretamente ao cliente, apesar de todos usarem a mesma palavra para identificar suas variadas versões do conceito de qualidade.

Por outro lado, qualidade é um dos fatores de compra ou contratação de um serviço, junto com preço e disponibilidade. O conceito de qualidade do ponto de vista de quem fornece produtos e serviços veio se aprimorando e sendo construído ao longo dos séculos, evoluindo da visão de qualidade como conformidade aos padrões de qualidade como excelência¹.

Em setores industriais, como petróleo e o setor nuclear, a qualidade na produção de bens e serviços vem sendo exigida há muitos anos. Desde meados do século XX, as empresas precisavam oferecer qualidade para sobreviverem no mercado. Depois da Segunda Guerra Mundial, o processo de reconstrução dos países que foram exterminados com o conflito, como o Japão, foi totalmente realizado com base em conceitos da qualidade. Estes, aplicados adequadamente à cultura japonesa, levaram toda nação a participar ativamente e de forma bastante competitiva nos melhores e maiores mercados mundiais¹.

Portanto, a qualidade pode ser definida como “satisfação do cliente”, “perfeição”, “conformidade com padrões ou especificações” e “adequação ao uso”, dentre outras tantas definições².

No caso dos serviços de saúde, o conceito da qualidade está obrigatoriamente atrelado ao de segurança, e vem evoluindo desde 1918, quando a American College of Surgeons (ACS) publicou o documento *Standard of Efficiency*, que definia os primeiros requisitos de padrões de qualidade e com a criação da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH), em 1950. No entanto, foi a partir da década de 1980 que países da América Latina e Ásia adotaram programas de acreditação e certificação³.

No Brasil, os primeiros passos foram dados em 1935 com a publicação da Ficha de Inquérito Hospitalar. Até 1998 diversas iniciativas foram realizadas e documentos relacionados aos padrões de qualidade hospitalar foram publicados no país. Porém, foi somente em 1998 que surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com o objetivo de definir os padrões, o método de avaliação e de capacitar avaliadores³.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é responsável pela regulamentação do setor, vem promovendo e estimulando a implementação de iniciativas de indução de melhoria da qualidade e adoção de boas práticas. Dessa forma, a ANS liderou diversos projetos, como: o de adoção do parto adequado, o focado no tratamento adequado do idoso e o próprio programa de acreditação de operadoras de planos de assistência à saúde, instituído em novembro de 2011¹.

O aprendizado que a agência adquiriu com todos esses projetos implantados, possibilitou a estruturação de outros programas voltados à certificação de boas práticas no setor. O programa de certificação em boas práticas em Atenção à Saúde, por exemplo, foi instituído com base nessa vasta experiência da ANS ao longo dos anos.

A certificação em Atenção Primária à Saúde estabelecida pela ANS faz parte de um guarda-chuva maior de certificações que devem ser instituídas em futuro próximo, dentre eles, em Parto Adequado e em serviços de Oncologia. Para lançar estes programas, principalmente o de certificação em Atenção Primária à Saúde (APS), a ANS considerou alguns problemas regulatórios identificados pela agência, sendo que neste contexto há alguns pontos importantes.

O primeiro deles é a transição epidemiológica e demográfica da população brasileira. Atualmente, as condições crônicas de saúde são responsáveis pela maior carga

de doenças no Brasil, provocando o crescimento da despesa com cuidados relativos às doenças em todo mundo¹.

Um outro fator identificado pela ANS, no contexto do problema regulatório enfrentado, foi a estrutura atual da rede de serviços de saúde suplementar no Brasil, que é extremamente fragmentada e de baixa coordenação do cuidado prestado. A organização da prestação de serviços de saúde no país demonstrou a pouca coordenação do cuidado, aliada aos frágeis mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes para continuidade da atenção em outras instâncias da rede assistencial ou em outros níveis de cuidado¹.

Um terceiro fator fundamental é a ausência da determinação da porta de entrada do sistema de saúde suplementar e a indefinição de um fluxo para um percurso adequado para o paciente na rede. Com isso, prevalece o uso indiscriminado de emergências e de pronto atendimentos. Como primeiro acesso ao sistema, o beneficiário escolhe qual o médico que ele prefere ser atendido, dependendo dos sintomas que enfrenta. Na verdade, o hospital não poderia ser a referência de porta de entrada do usuário na rede e, por isso, é necessário que o redesenho da lógica assistencial contemple várias instâncias de cuidado antes de chegar ao hospital, devendo ser organizado preferencialmente numa rede de cuidados¹.

Um quarto e último ponto considerado no problema regulatório, identificado pela ANS, foi o sistema de prestação e remuneração de serviços de saúde. O modelo hegemônico no Brasil é o de pagamento por procedimentos, conhecido como *fee-for-service*, que se mostra completamente insuficiente e inadequado para agregar valor na prestação do serviço de saúde. O debate vem sendo realizado pelo setor já há algum tempo e apoiado pela agência reguladora, que implantou programas com intuito de compartilhar conhecimento sobre modelos inovadores de remuneração a prestadores de serviços de saúde¹.

Observa-se que o modelo de atenção à saúde atual é desintegrado, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, superespecializado e sem uma definição clara do fluxo do paciente na rede. Além disso, é pouco resoluto e é ineficiente ao não solucionar as demandas crescentes da complexidade do cuidado em saúde. Associado a isso, o modelo de pagamento que privilegia produção de procedimentos, em detrimento dos desfechos clínicos efetivos, gera desperdício, fraudes e resultados insatisfatórios, tanto para o paciente quanto para as demais partes interessadas do sistema.

Nesse contexto, a ANS assumindo seu papel regulatório, desenvolveu o Programa de Certificação de Boas Práticas voltado às operadoras de planos de saúde. O programa contempla, numa primeira etapa, as boas práticas em APS, que pode ser classificado como modelo indutivo de boas práticas, promovendo a mudança do modelo de atenção no setor de Saúde Suplementar. É o primeiro, dentre outros os programas já mencionados, que serão lançados em futuro próximo.

Como se vê, a história das certificações e acreditação no Brasil foi por muito tempo mais voltada às instituições hospitalares. Além disso, é recente quando comparada aos

Estados Unidos e ao Canadá, por exemplo. No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, os movimentos voltados para estes serviços são mais recentes ainda, ao se considerar a importância da APS para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da Saúde Suplementar. Diante disso, abaixo descreve-se sobre as principais certificações existentes hoje para os serviços de APS.

CERTIFICAÇÕES E ACREDITAÇÕES EXISTENTES PARA SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, as principais certificações e creditações para serviços de APS no setor da saúde suplementar são: Certificação em Boas Práticas em APS pela ANS, lançada em 2018; Acreditação – ONA – Manual 2022/2025; e Acreditação Joint Commission International. Abaixo descreve-se os principais pontos de cada uma delas.

Certificação de boas práticas em APS pela Agência Nacional de Saúde

A Certificação de Boas Práticas em APS tem sido incentivada pela ANS, por meio da Resolução Normativa (RN) 440, de 13 de dezembro de 2018 (revogada pela RN 506, de 30/03/2022). Ela dispõe sobre um programa a ser implementado pelas operadoras de planos de saúde (OPS). Este por sua vez, é de caráter voluntário, sendo que as avaliações são realizadas por entidades acreditadoras, a fim de que estas certifiquem que as práticas da OPS estão de acordo com o que o padrão define⁴.

A norma tem o objetivo de qualificar a prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente e propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. Para tanto, existem alguns pré-requisitos para a candidatura à Certificação de Operadoras. Eles são analisados durante o processo de elegibilidade da operadora, que é realizado pela Entidade Acreditora homologada pela ANS. São eles:

1. Ter registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto a ANS.
2. Não estar em uma das seguintes situações: plano de recuperação assistencial, regime especial de direção técnica e regime especial de direção fiscal.
3. Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), da ANS, maior ou igual a 0,5.

Além dos pré-requisitos, o programa da ANS, define a população-alvo e a cobertura populacional para os serviços de APS e, conseqüentemente, para a certificação, sendo que as definições são:

- **População-alvo:** a de Certificação em APS deveria ser toda a população de beneficiários atendida por uma operadora, independentemente da sua faixa etária ou da condição de saúde ou se integra um grupo específico, como os idosos.

Entretanto, levando em consideração as características da saúde suplementar brasileira, bem como os públicos que melhor se beneficiam das estratégias de cuidado na APS, a certificação prevê a possibilidade de desenvolvimento de um programa voltado, prioritariamente, às seguintes populações e/ou condições de saúde⁴:

- a. Saúde do adulto e do idoso.
 - b. Saúde da criança e do adolescente.
 - c. Atenção à gravidez e ao puerpério.
- **Cobertura populacional:** para ser certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando uma equipe de APS para cada 2,5 mil beneficiários, no máximo. A operadora pode estabelecer um número inferior a 2,5 mil beneficiários por equipe, de acordo com as necessidades, faixa etária e complexidade da população adscrita, mas nunca uma mesma equipe poderá atender mais de 2,5 mil pessoas. Os Quadros 1 e 2 abaixo apresentam os parâmetros para cobertura populacional mínima⁴.

Faixas de beneficiários	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários cobertos	Nº de equipes
Igual ou menor a 3.572 beneficiários	Mínimo de 70% dos beneficiários	1 – 2.500 beneficiários	1 equipe APS
Entre 3.572 e 16 mil beneficiários	Entre 70% e 15,6% - função linear decrescente	2.500 beneficiários	1 equipe APS

Quadro 1 - Cobertura populacional mínima para certificação em APS em operadoras com até 16 mil beneficiários.

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

Faixa: > 16mil beneficiários	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários Cobertos	Nº de equipes
1º ano (50% da meta)	Cobertura entre 7,75% e 5% - função logarítmica decrescente	2.500 – 176.057	1 a 70 equipes APS
2º ano (100% da meta)	Cobertura entre 15,5% e 10% - função logarítmica decrescente	5.000 – 352.113	2 a 141 equipes APS - função crescente

Quadro 2 - Cobertura populacional mínima para certificação em APS em operadoras com mais de 16 mil beneficiários

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

- **Equipe mínima:** esta deve ser composta pelos seguintes profissionais⁴:

- a. Médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de dois anos em APS.
- b. Enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista;
- c. Outro profissional de saúde de nível superior.

Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório⁴:

Outros profissionais, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, poderão ser agregados à equipe, a depender das condições de saúde abrangidas e da carteira de serviços da APS. Além disso, outros profissionais tornam-se obrigatórios, considerando os seguintes aspectos⁴:

- Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião-dentista na equipe torna-se obrigatório. A quantidade de cirurgiões-dentistas deverá ser proporcional ao número de beneficiários com planos médico-hospitalares com odontologia⁴.
- Se incluir a Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório⁴.
- Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo se tornará também obrigatório⁴.
- Se incluir saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório⁴.
- **Níveis de certificação:** para certificação em qualquer nível, a operadora deve atender a um número de beneficiários, conforme a cobertura populacional definida no normativo; ter a(s) equipe(s) mínima(s) estipulada(s), de acordo com a quantidade de beneficiários atendidos; e pontuar os requisitos, ou seja, ter as suas práticas estabelecidas de acordo com o que cada item exige. Os níveis do programa são⁴:

RN 440 de 13 de novembro de 2018
(revogada pela RN 506, de 30/03/2022).

Níveis de certificação






Figura 01 – Níveis de certificação – Programa de Certificação APS

Fonte: o autor

A nota final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação dos sete requisitos do programa. Para ser certificada, a empresa não poderá zerar nenhum requisito. Para obter a certificação, além de todas as exigências descritas anteriormente, a operadora deve estabelecer carteira de serviços, respeitando os critérios mínimos estabelecidos nos anexos da RN 506.

Vamos entender como alcançar cada nível⁴:

- a. **Nível III:** obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80, e conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de excelência⁴.
 - b. **Nível II:** obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90, e conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de excelência⁴.
 - c. **Nível I:** obter nota final maior ou igual a 90; conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência e pontuação acima de 0,8 na Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, na última avaliação divulgada pela ANS⁴.
- **Classificação dos itens avaliativos:** o Quadro 3, a seguir, apresenta a classificação dos itens avaliativos, bem como o ícone que os representa⁴.

Classificação do Item	Definição	Ícone
Essencial	Os itens são condições <i>sine qua non</i> para pontuar o requisito. Caso um item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota zero no requisito inteiro.	
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. Cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I.	

Quadro 3 – Classificação, definição e ícone de representação, dos itens avaliativos.

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

- **Forma de pontuação:** para pontuar no requisito, a operadora deverá estar conforme com todos os itens de verificação classificados como essenciais. Caso contrário, terá nota zero no requisito, ou seja, a pontuação mínima em cada requisito é a conformidade em todos os itens de verificação classificados como essenciais. Os itens avaliativos poderão obter dois resultados: Conforme ou não conforme⁴.
- **Avaliação dos itens de verificação:** deverá considerar a conformidade em dois domínios, sendo eles⁴:
 - a. Escopo - cumprir o que o item de verificação exige na íntegra, ou seja, o que está previsto na interpretação da norma. A prática da OPS deve demonstrar que atende à exigência do item avaliativo⁴.
 - b. Tempo de implantação - a prática e/ou documento deve estar implantada(o) a mais de 180 dias⁴
- Visão geral do Programa de Certificação de APS: Os requisitos do Programa de Certificação e suas interações estão apresentados de forma esquemática na figura a seguir: ⁴.



Figura 2 - Visão geral do Programa de Certificação em APS e requisitos do programa

Fonte: o autor

1. **Planejamento e Estruturação Técnica:** requisito direcionador para o planejamento e a estruturação da área e das equipes em APS⁴.
2. **Ampliação e Qualificação do Acesso:** requisito direcionador para o primeiro acesso do beneficiário na APS, por meio do fluxo direcionador para agendamento e atendimento⁴.
3. **Qualidade e Continuidade do Cuidado:** requisito direcionador de busca ativa da população beneficiária e protocolos essenciais para condução da APS, bem como o estabelecimento de relação entre paciente e equipe APS⁴.
4. **Interações Centradas no Paciente:** o atendimento centrado no paciente e na família deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS⁴.
5. **Monitoramento e Avaliação da Qualidade:** requisito direcionador que define itens de verificação relativos à informação em saúde do conjunto da rede de cuidados primários, com vistas ao monitoramento e avaliação da qualidade⁴.
6. **Educação Permanente:** requisito que avalia a capacitação técnica dos programas estabelecidos em APS para o melhor planejamento da atualização e aperfeiçoamento profissional⁴.
7. **Modelos Inovadores de Remuneração Baseados em Valor:** requisito que direciona a experimentação e adoção de modelos alternativos ao fee-for-service, orientando para geração de valor e qualidade⁴.

- Avaliação das Intervenções em Saúde:** a partir dos dados obtidos, dos objetivos e metas propostos, são selecionados e definidos indicadores de avaliação que permitam acompanhar o desenvolvimento das intervenções realizadas pela OPS. Compreende-se por indicador o instrumento de mensuração para a gestão, avaliação e planejamento das ações em saúde, permitindo modificações efetivas nos processos e nos resultados, por meio do estabelecimento de metas e ações prioritárias que assegurem melhoria contínua e gradual de uma determinada situação ou agravo. O indicador pode ser representado por um fato, número absoluto, proporção, coeficiente (probabilidade) ou por um índice (percentual)⁵. Os indicadores e metas foram estabelecidos pela ANS, no Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, e são apresentados no Quadro 4 a seguir:

Objetivos específicos	Nome do indicador	Metas escalonadas**		Total
		Ano 1	Ano 2	Ano 1 + 2
1. Ampliar o acesso aos médicos generalistas na rede de cuidados primários da Saúde Suplementar	Razão de consulta médica ambulatorial com generalistas X especialistas	Ampliar em 5%	Ampliar em 8%	13,4%
2. Ampliar a vinculação de pacientes com condições crônicas complexas aos coordenadores de cuidados	Percentual de beneficiários com condições crônicas complexas vinculados a um coordenador de cuidado	Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8, 15%
3. Reduzir as idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência	Taxa de visita à emergência/pronto atendimento em relação ao total de beneficiários cobertos pelo projeto	Ampliar em 2%	Ampliar em 3%	-4,94%
4. Reduzir as internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS)	Percentual por condições sensíveis à APS (ICSAPS)	Ampliar em 2%	Ampliar em 4%	-5,92%
5. Ampliar o número de médicos generalistas por beneficiário	Taxa de médicos generalistas por beneficiários	Ampliar em 3%	Ampliar em 3%	6,09%
6. Avaliar a proporção de pessoas que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde	Proporção de beneficiários que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde	Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8, 15%

Quadro 4 - Indicadores e metas foram estabelecidos pela ANS, no Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde

Fonte: adaptado de RN 440 (revogada pela RN 506).

Com base na Resolução Normativa 440 (revogada pela RN 506), da ANS, a A4Quality Healthcare criou um padrão de certificação, dirigido especialmente aos prestadores de serviços de APS que pretendem se adequar ao exigido pela ANS.

A pretensão é disseminar os valores fundamentais da Atenção Primária no país, em completo alinhamento com as melhores práticas do setor.

O referido padrão, além de estar completamente alinhado ao exigido pela RN 440 (revogada pela RN 506), para fins de certificação das OPS, é complementado por um módulo sobre práticas e protocolos de boas práticas, específicos para unidades de APS, e um terceiro módulo para avaliação de indicadores de resultados em APS. Os dois módulos adicionais estabelecem critérios de qualidade e segurança que uma unidade de APS deve atender para se tornar referência. Foram critérios baseados em programas já validados no Brasil e recomendados por especialistas em APS.

Um dos benefícios do referido padrão é que as unidades de APS atendam a requisitos de qualidade e segurança, e ao disposto nos requisitos exigidos na RN 440 (revogada pela RN 506), da ANS, tornando esses serviços referências no setor e fazendo com que as OPS priorizem o seu credenciamento.

Acreditação para serviços de Atenção Primária à Saúde pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Fundada oficialmente em 2001, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma instituição privada, de interesse coletivo e sem fins lucrativos, responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde. Além disso, a ONA é reconhecida pela International Society for Quality in Health Care (ISQua), o que favorece a evolução do SBA-ONA, bem como a atualização com as tendências do mundo no que diz respeito a boas práticas e melhoria contínua. O reconhecimento da ISQua determina que a ONA está entre as melhores acreditadoras mundiais e que os padrões por ela avaliados são reconhecidos internacionalmente⁶.

A ONA é ainda a única organização responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil, bem como é encarregado por coordenar e gerir o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)⁶.

Processo de acreditação

A acreditação de um serviço de saúde tem como objetivo conceder confiança à sociedade, ao atestar de forma competente e imparcial que um determinado serviço de saúde atende aos requisitos de segurança do paciente e à qualidade da assistência⁶.

Até o ano de 2022 não havia, pela ONA, normas de avaliação destinadas aos serviços de APS. Foi na edição 2022/2025 do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) que se apresentou pela primeira vez o processo de avaliação para esses serviços⁶. O processo de avaliação para serviços de APS, segue a mesma abordagem utilizada para outros serviços, sendo o método definido no MBA.

O manual é a ferramenta que define o método de avaliação para verificar a qualidade da assistência à saúde das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), incluindo os serviços de APS, avaliando padrões e requisitos de complexidade de forma crescente, sendo eles: Nível 1, Nível 2 e Nível 3⁶.

Os princípios de cada um deles são:

- Nível 1 – Para este, o princípio é segurança. Esta certificação é válida por dois anos e significa que a organização cumpre com os requisitos para um atendimento seguro e de qualidade, considerando as suas características individuais⁶.
- Nível 2 – Aqui o princípio é gestão integrada. Também válida por dois anos, esta certificação define que a organização cumpre com os requisitos no Nível 1 e possui sistema de planejamento e gestão integrada⁶.
- Nível 3 - Para este, o princípio é excelência em gestão. Válido por três anos, este nível considera que a organização atende aos princípios dos níveis 1 e 2 e possui uma cultura organizacional de melhoria contínua⁶.

A qualidade assistencial dos serviços de APS é analisada de acordo com a Norma de Avaliação (NA) específica que considera a atividade-fim e a especialidade do serviço. Este instrumento possui seções e subseções. Para cada subseção, existem requisitos interdependentes que devem ser atendidos. Já o processo de avaliação está assim estruturado: diagnóstico organizacional, autoavaliação, acreditação, manutenção da certificação, recertificação e upgrade.

Neste contexto, entende-se que o sistema de Acreditação pode auxiliar os serviços de APS na avaliação dos seus processos e necessidades de melhorias. E mais: por ser transversal e sistêmico, o método permite que, além dos processos de trabalho, o serviço também avalie as relações destes processos com os seus resultados alcançados.

Certificação para serviços de Atenção Primária à Saúde pela Joint Commission International (JCI)

A Joint Commission International (JCI), um dos maiores e mais antigos órgãos de definição de padrões, é uma organização independente e sem fins lucrativos que visa, por meio de suas avaliações, promover continuamente cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor.

No Brasil, a JCI é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), órgão que é também membro da ISQua e acreditado pelo INMETRO como certificadora de Operadoras de Planos de Saúde. O CBA realiza a acreditação internacional da JCI para diversos tipos de serviços, incluindo os de APS⁷.

Para os serviços de APS, os padrões da JCI são divididos em seções, as quais são separadas em capítulos e estes, por sua vez, em elementos mensuráveis. Os capítulos são⁷:

1. Envolvimento e Integração da Comunidade;
2. Serviços Centrados no Paciente;
3. Gestão da Organização de Saúde.

Cada capítulo possui uma declaração de intenção, deixando claro o objetivo, os elementos mensuráveis (o que está sendo avaliado) e os requisitos específicos da norma. Dessa forma, os principais pontos avaliados pela certificação da JCI nos serviços de APS são⁷:

- Cultura de programa de segurança.
- Confidencialidade e segurança das informações do paciente enviadas por meio de comunicação eletrônica.
- Programa para resposta ao tempo de inatividade planejado e não planejado de sistemas de dados (contingência).
- Resposta à apresentação de potenciais doenças transmissíveis globais.
- Uso apropriado de copiar e colar e autocompletar quando registros médicos eletrônicos são usados
- Programa de controle de doenças crônicas.
- Treinamento da equipe e testes de supervisão no ponto de atendimento.
- Serviços de ressuscitação.
- Administração de antibióticos.
- Gestão da cadeia de abastecimento.
- Monitoramento da qualidade da água.
- Programa de segurança contra radiação.

COMO AS CERTIFICAÇÕES AJUDAM OS SERVIÇOS A ALCANÇAREM MELHORES RESULTADOS

No setor de saúde suplementar, tem sido desafiador promover a adesão das pessoas ao atendimento na APS, dificultando o processo de porta de entrada, essencial para a assertividade deste modelo. Muito esforço tem sido feito para estimular as pessoas a procurarem os serviços de APS, como por exemplo: o fortalecimento da comunicação sobre os benefícios de ter equipes preparadas e disponíveis, que conheçam profundamente o histórico de saúde da população assistida; a busca por aprimorar o cuidado das pessoas, acolher adequadamente e direcionar para o especialista ou serviço que trará a melhor solução para o problema apresentado, quando realmente houver essa necessidade.

As pessoas cuja atenção e cuidado estão sob a responsabilidade de serviços de APS, precisam acreditar que existem regras claras para que o atendimento se dê com

base na necessidade efetiva de cada beneficiário, no seu histórico de saúde e contando com profissionais capacitados. Neste contexto, as certificações geram verdadeiramente melhores resultados e, assim, os serviços têm a preocupação com:

- A promoção de modelos inovadores e centrados nas necessidades específicas dos beneficiários/usuários.
- A capacitação das equipes e profissionais de atenção primária.
- Modelos diferenciados de remuneração, que geram valor aos beneficiários/usuários, e em que sejam monitorados indicadores de atenção à saúde.

Além disso, o foco das organizações que oferecem serviços baseados em APS é a sustentabilidade econômico-financeira, para que sejam duradouras no mercado, para cuidar e acolher por muito tempo das pessoas sob a sua responsabilidade; além de buscar a melhoria dos processos, com o objetivo de mitigar os riscos com a prestação de serviços, e a consequente redução do desperdício e dos custos da não qualidade.

Outro aspecto importante da certificação em APS é possibilitar o monitoramento do desenvolvimento das equipes, e estimular que conheçam profundamente a condição de saúde dos beneficiários sob sua responsabilidade, direcionando os indivíduos para a resolução efetiva de seus problemas de saúde e a participarem dos programas de gestão de riscos de doenças e promoção da saúde.

É frequente a reflexão sobre o impacto das creditações e certificações na melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma vez que não há um parâmetro ideal definido para se medir tal resultado. Estudos que buscaram avaliar este impacto trouxeram resultados conflitantes⁶. No entanto, mesmo diante da falta de consenso, é fato que as creditações e certificações estimulam a cultura da qualidade, por promoverem atitudes e processos padronizados, análise constante de resultados e melhoria contínua, o que mitiga os erros e auxilia na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Catunda, Rosângela et All, Operadoras de Planos de Saúde – Como se Preparar para Acreditação, Rio de Janeiro, 2022.
2. Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Acesso em 15/04/2022. [online]. Disponível em: <<https://doisearch.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/qualidade/>>
3. Tomasich, Flávio et al. The history of quality and safety of the surgical patient: from the initial standards to the present day. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2020, v. 47 [Acessado 11 abril 2022], e20202650. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202650>>. Epub 03 Jul 2020. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202650>.

4. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 440, de 13 de dezembro de 2018 (revogada pela RN 506, de 30/03/2022). Disponível em: [https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P.](https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==TEIXEIRA,C.;SILVEIRA,P.) Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

5. Cruz, Péricles Góes da (Coord.) Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde – OPSS: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação ONA 2022. Coordenação Científica: Péricles Góes da Cruz; Gilvane Lolato. Edição especial. – Brasília: ONA, 2021.

6. Facchini, Luiz Augusto, Tomasi, Elaine Dilélio, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [acessado 11 abril 2022], pp. 208-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.