



## artigo original

# Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde

## *Audit to assess the quality of health care services*

Chennyfer da Rosa Paino Paim<sup>1</sup>, Rozana Mesquita Ciconelli<sup>2</sup>

### RESUMO

Houve um tempo em que pouco se sabia sobre os riscos de uma intervenção dentro de uma Instituição de Saúde, logo, prestar serviços de Saúde não envolvia avaliação de riscos; era uma ação livre de risco, que exercia a busca da Saúde e da Qualidade de vida. Em face da co-responsabilidade que as operadoras de planos de saúde têm em oferecer serviços de saúde de qualidade (Lei 9659/98), criou-se a necessidade de auditar as instituições de saúde com foco na qualidade dos processos funcionais e estrutura física. Este trabalho tem como objetivo enfatizar a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde, estabelecendo uma rede adequada de prestadores, que atenda as necessidades da população-alvo, aliada à preocupação de um rigoroso controle do processo de atendimento, das práticas e dos conceitos da gestão da qualidade.

### ABSTRACT

*There was a time when little was known about the risks of intervening in a health care facility. Providing health care services therefore involved no risk evaluation. It was a risk-free activity that aiming at providing Health and Quality of Life. In view of the joint responsibility of healthcare companies in providing quality healthcare services (Law 9659/98), the need arose to audit healthcare institutions focusing on the quality of both functional processes and physical facilities. This study is aimed at emphasizing the importance of auditing healthcare services offered by the managed healthcare companies in order to set up a suitable network of healthcare providers that can meet the needs of the target population. The study is also intended to establish a strict control of the healthcare processes and practices within a concept of quality management.*

### INTRODUÇÃO

Conforme Eduardo<sup>(1)</sup>, no início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura as-

sistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na Confe-

rência de Alma-Ata<sup>(2)</sup>, que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

### Palavras-chave

Qualidade da assistência à saúde. Acesso e avaliação. Qualidade técnica. Auditoria administrativa.

### Keywords

*Healthcare quality. Access and evaluation. Technical quality. Management audit.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.  
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.  
Data de recebimento do artigo: 15/6/2007.  
Data de aprovação: 20/9/2007.

1. Mestranda em Economia da Saúde, UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), Centro de Economia da Saúde.

2. Professora afiliada do Departamento de Medicina da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); Pesquisadora do Centro de Economia da Saúde – UNIFESP.  
Endereço para correspondência: Rua Botucatu, 685, Vila Clementino – 04023-062 – São Paulo, SP.

De acordo com a Constituição da República do Brasil promulgada em 1988<sup>(3)</sup>, no seu capítulo da Saúde, artigo 196, assegura que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A Lei Orgânica da Saúde, 8.080 de setembro de 1990<sup>(4)</sup>, regulamenta o SUS e dispõe sobre a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Partindo do princípio de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e na mesma Lei (8.080)<sup>(4)</sup> em seu Artigo 22, atribui que "Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições de seu funcionamento", faz-se necessário aprimorar e desenvolver a qualidade em qualquer setor do mercado de assistência à saúde.

O setor saúde veio, durante os últimos anos, passando por profundas mudanças e reordenamento das ações do atendimento. O estabelecimento da universalidade do atendimento público, a definição da política de saúde baseada na economia da oferta, as questões do financiamento da atenção e as dificuldades em estabelecer controles e mecanismos adequados de regulação, determinaram o estilo da gestão do setor<sup>(5)</sup>.

Estes fatores explicam, em parte, a demora do setor saúde em incorporar as práticas de Garantia da Qualidade. Apesar de evidenciadas algumas iniciativas na aplicação de ferramentas de qualidade, o setor não firmou o conceito como um modelo gerencial<sup>(5)</sup>.

A globalização e o atual cenário político-financeiro do país acabaram por impulsionar o setor de saúde a procurar novas alternativas para a gestão, com foco na necessidade das organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que se vem tornando cada vez mais competitivo. A necessidade de garantir resultados positivos, mantendo clientes satisfeitos num mercado em permanente evolução, onde tecnologias similares estão cada vez mais acessíveis, requer mais que bons produtos e serviços, requer qualidade na forma de atuar<sup>(6)</sup>.

Segundo Donabedian<sup>(7)</sup> qualidade é o cumprimento de requisitos básicos de segurança e processos, garantindo a conformidade do atendimento. Utilizando as palavras de Teboul<sup>(8)</sup>, cientista francês, consultor de qualidade, "investir em qualidade é investir no conhecimento do processo, na prevenção, em *know-how* para obter um resultado sem erro". Se observarmos, as instituições /empresas tendem à acomodação, aceitando falhas e concessões em termos de diminuição da qualidade de seus produtos e serviços, ou seja: a rotina, o costume faz com que as pessoas aceitem o erro. Em consequência, a melhor forma de iniciar a implantação da filosofia da qualidade é esquadrinhar a história institucional a fim de realizar um trabalho de fundo, a longo prazo e, como afirma o famoso provérbio: "Quem não aprende com o passado, com os erros do passado, está condenado a repeti-los". Assim a "qualidade possibilitará a produtividade e preparará a flexibilidade"<sup>(8)</sup>.

A qualidade constitui hoje questão relevante no meio empresarial, na indústria e no contexto da Teoria da Administração; alguns autores já comentam sobre a Revolução da Qualidade,

constituindo, assim, uma profunda mudança na teoria administrativa, colocando por terra uma série de preceitos, anteriormente estabelecidos no modelo de administração de origem Taylorista<sup>(8-10)</sup>.

O Código de Defesa do Consumidor, regulamentado pela Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990<sup>(11)</sup>, estabelece como direitos básicos do consumidor a proteção, saúde e segurança contra riscos decorrentes da prestação de serviços à saúde. Isso vem ao encontro da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998<sup>(12)</sup>, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; em seu parágrafo 17, diz que as operadoras de serviços de saúde têm co-responsabilidade em relação à assistência fornecida aos seus usuários (respondem solidariamente pelos erros médicos e dos demais profissionais da assistência médica, bem como por condições inadequadas de atendimento pela rede prestadora de serviços); sendo assim, faz-se necessário conhecer a rede prestadora de serviços, qualificando-a tecnicamente e administrativamente. Existem vários pontos fundamentais discutidos nessa nova legislação, sendo que, além dessa co-responsabilidade, estabelece limites para o descredenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas de saúde; logo, a operadora de saúde deve estar certa, em todos os aspectos (técnicos e administrativos), de quem participará da sua rede referendada. O conhecimento globalizado expôs as Instituições de Saúde, uma vez que os indivíduos são cada vez mais informados e passam a ter amplo poder de crítica e escolhas; com isso, traz a público a discussão sobre os riscos existentes, quando do não cumprimento de normas básicas de segurança, no atendimento em estabelecimentos de saúde. Os pacien-

tes começam a identificar seus direitos e reivindicar por eles.

O objetivo deste trabalho é enfatizar a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde.

### AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Brasil dispõe de 10 agências reguladoras, entre elas está a Agência Nacional de Saúde, mais conhecida como ANS. Segundo a Lei nº 11.292, de 26 de abril de 2006<sup>(13)</sup>, o conceito de agência reguladora é que todas regulam serviços públicos (concessões) ou privados; mercados essenciais e imperfeitos (monopólio natural, assimetria de informações) e tem por característica o poder regulador, dirigentes com mandato não coincidentes; aprovação pelo Senado, decisões colegiadas; diretrizes políticas e acompanhamento por Conselho Setorial específico e estrutura de direção diferenciada.

Em 2000 a Lei nº 9.961<sup>(14)</sup> criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e sua natureza. A lei foi alterada por Medidas Provisórias, sendo que a Lei nº 11.292<sup>(13)</sup> veio para dar outras providências.

A Agência Nacional de Saúde tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Ela regula a cobertura assistencial e condições de acesso; condições de ingresso, operação e saída do setor; o preço de comercialização dos planos; fiscaliza diretamente e indiretamente a

efetividade da regulação e faz a integração ao SUS (ressarcimento).

Em 3 de junho de 1998 foi aprovada no Senado a Lei 9.656<sup>(12)</sup>, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde; o foco inicial era a atividade econômica e assistência à saúde. O ano de 1999 foi o início da vigência dessa lei, sendo que os consumidores que adquiriram contratos antes da lei tiveram um período e a livre decisão em migrar e fazer as adaptações, principalmente financeiras que esse processo acarretou. Podemos destacar e comparar alguns pontos principais que essa lei regulamentou (quadro 1).

A lei em seu artigo 8º impõe que todas as operadoras de planos de saúde devem ter a descrição pormenorizada das instalações, equipamentos e recursos humanos dos serviços de saúde sejam próprios ou terceirizados, oferecidos aos seus usuários, sendo ela corresponsável pela assistência prestada ao usuário; logo, a partir desse artigo,

as grandes operadoras se atentaram para a necessidade de desenvolver o processo de auditoria de qualidade nos prestadores credenciados e a credenciar<sup>(12)</sup>.

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

É consenso que a preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde não é recente; o crescente surgimento de novos procedimentos e tecnologias que se superam em períodos cada vez menores, requer qualidade.

O conceito de Qualidade foi primeiramente associado à definição de conformidade às especificações. Posteriormente o conceito evoluiu para a visão de Satisfação do Cliente<sup>(7)</sup>.

Segundo a American Society for Quality Control<sup>(15)</sup> "Qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas".

QUADRO 1

Antes da Lei	Após a lei
As operadoras tinham livre atuação, legislação tipo societário.	Atuação controlada, sendo necessário obter autorização de funcionamento para a ANS.
Não tinham regras de operação uniformes.	Foram estabelecidas regras de operação (por exemplo balanço), sendo que as operadoras são sujeitas à intervenção e liquidação, exige-se reservas financeiras.
Liberdade para romper contratos.	Proibição da rescisão unilateral dos contratos.
Reajustes não controlados.	Reajustes controlados.
As operadoras definiam cobertura assistencial, carências, seleção de clientes.	Cobertura integral, com definição e limites de carências, proibição de limites de internação, todas as pessoas podem comprar planos de saúde (não existe mais seleção de risco).

Sendo assim a implantação de Sistema de qualidade é enfocada como o início mais viável para projetos voltados à qualidade total, que representa a busca da satisfação não só do cliente, mas de todas as entidades significativas na existência e da excelência organizacional da empresa, proporcionando um posicionamento estratégico perante o mercado<sup>(7)</sup>.

Para Nogueira<sup>(16)</sup> a qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional, mas é um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo.

Em se tratando de serviços de saúde, podemos dizer que os critérios de qualidade dos processos hospitalares estão bem definidos, vimos que já alguns anos, os hospitais buscam selos de qualidade como forma de aprimorar seus processos e receber crédito mediante a população, em relação à qualidade dos serviços que oferecem<sup>(17)</sup>.

De acordo com Zanon<sup>(18)</sup> a primeira tentativa de avaliar objetivamente a assistência hospitalar foi feita em 1912 por Codman, um cirurgião de Boston, que pressupõe o conceito de que “a observação de tudo o que acontece durante e após o tratamento é a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada”. Já naquela época, Codman colocava o cliente como principal foco de atenção dos profissionais de saúde.

Codman foi um dos precursores do movimento pela iniciativa de implantação de padrões para avaliação da qualidade nas instituições de saúde; em 1913 publicou uma obra intitulada “O produto dos hospitais”, sendo que o objetivo principal era a discussão da padronização das organizações por meio de avaliação por indicadores<sup>(18)</sup>. Em 1917, o recém-criado Colégio Americano de Cirurgiões, baseando-se nes-

sa idéia, desenvolveu o chamado *Minimum Standard for Hospitals*, com requisitos básicos para a avaliação de hospitais<sup>(19)</sup>.

De acordo com Mello e Camargo<sup>(19)</sup>, no começo da implantação desses sistemas de acreditação dos hospitais americanos, as instituições trabalhavam com requisitos de padrão de qualidade mínimos (base *standards*), pois todos os hospitais que recebiam pela seguridade social (*Social Security*), eram obrigados a ter os padrões propostos. Em 1972, o Congresso americano, por meio do *Social Security Act*, criou a *Professional Standard Review Organization*, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de saúde. Foram criadas as unidades de auditoria e ampla rede de especialistas dedicados ao monitoramento desse processo.

Em 1986 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões inspirou-se no trabalho da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHCO), dos Estados Unidos da América, que focava a exigência de métodos objetivos para verificação e documentação da qualidade nas organizações de saúde<sup>(18)</sup>.

Com a Constituição de 1988, que definiu saúde direito de todos e dever do Estado, criou-se a necessidade de desenvolver instrumentos gerenciais para avaliar a qualidade dos serviços prestados à população<sup>(5)</sup>.

As iniciativas de criar requisitos de avaliação da qualidade hospitalar no Brasil vêm ocorrendo desde 1990. A primeira entidade a estimular os hospitais a desenvolverem programas de qualidade foi a Associação Paulista de Medicina (APM), não necessariamente a buscarem o selo de Acreditação. Iniciaram com o Programa de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar – CQH, no Estado de São Paulo<sup>(5)</sup>.

Em 1992 a OPAS promoveu, em Brasília, o primeiro seminário relacionado à Acreditação e a proposta principal foi a introdução de um Manual de Acreditação para toda a América Latina. Em 1995 o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do programa<sup>(5)</sup>.

O grupo técnico do programa iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior - Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra e outros. Foram definidas metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar e, a partir do manual editado pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e das experiências estaduais, buscou-se estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos<sup>(5)</sup>.

No Brasil a introdução do programa de qualidade (Acreditação) ocorreu pela primeira vez em 1994, regulamentada pelo Ministério da Saúde e em 1997 foi implantado o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar. Surge então, em 1998, o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”<sup>(5-6)</sup>.

Em julho de 1999, foi criada e registrada a entidade que ficaria responsável pelo processo ONA (Organização Nacional de Acreditação), devido à necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, iniciando-se a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética, qualificação e capacitação de avaliadores<sup>(5)</sup>.

A ONA é uma organização não governamental, pessoa jurídica sem fins lucrativos, que tem como missão aprimorar a qualidade da assistência à saúde nacional<sup>(5)</sup>.

Os selos de qualidade tanto a Acreditação Hospitalar (ONA) como a *Joint Commission* (JCAHO), Compromisso com a Qualidade Hospitalar (COH), entre outros, são métodos desenvolvidos para diagnosticar a assistência médico-hospitalar prestada e sistematizar os processos, visando a melhoria da qualidade na prestação de serviços. As exigências e normas a serem cumpridas são determinadas pelas instituições acreditadoras, que se baseiam em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e normas de qualidade relacionadas aos recursos físicos, humanos, funcionamento, organização, segurança e práticas de excelência. Esse processo, até então, é voluntário, aqueles que o desejam sofrem uma mudança e aprimoramento geral para adequação de suas estruturas: área física, recursos humanos e equipamentos, para que se enquadrem nas condições estabelecidas por essas organizações<sup>(5)</sup>.

### **ACREDITAÇÃO HOSPITALAR (ONA)**

A Acreditação é definida como uma ferramenta de qualidade, um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado<sup>(5)</sup>.

O processo de certificação é realizado por instituições acreditadoras credenciadas pela ONA, a equipe encaminhada para o processo toma como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA específico<sup>(5)</sup>.

É a Organização Prestadora de Serviços Saúde (OPSS) que manifesta o

interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições Acreditadoras Credenciadas<sup>(5)</sup>.

A organização de saúde que deseja certificar-se solicita à Instituição Acreditadora credenciada um diagnóstico organizacional, antes de solicitar a visita para a certificação. Nesta visita diagnóstica os avaliadores irão desenvolver um relatório individual por setores, são avaliados todos os setores do hospital, sejam próprios ou terceirizados<sup>(5)</sup>.

Os manuais de acreditação, sejam hospitalares, para laboratórios, hemoterapia ou nefrologia, dispõem de padrões pré-definidos, ou seja, níveis de atenção, práticas ou métodos esperados<sup>(5)</sup>.

Existem três níveis de atenção que são caracterizados da seguinte forma: nível 1, segurança em relação à estrutura física; os requisitos são baseados nas leis da Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde; nível 2, organização dos processos (rotinas e registros) e nível 3 práticas de excelência (baseia-se em taxas, indicadores econômicos, indicadores de desempenho e qualidade como satisfação do cliente, e a implantação de um programa de qualidade e produtividade, avaliando o impacto no sistema). Para que a instituição receba o selo de Acreditação nível 2 é necessário que ela cumpra as normas do nível 1 e assim vale para o nível 3, sendo necessário o cumprimento de todos os requisitos dos níveis 1 e 2<sup>(5)</sup>.

Após o diagnóstico a instituição se prepara para a avaliação de certificação, por meio de uma equipe composta por enfermeiro, físico e um outro profissional da área da saúde experiente; o serviço será avaliado para receber a certificação conforme os níveis mencionados<sup>(5)</sup>.

A certificação é válida por dois anos para os níveis 1 e 2 e por três anos para o nível 3. Após este período a instituição deverá solicitar um novo diagnóstico ou mesmo a reavaliação para a renovação do selo<sup>(5)</sup>.

Atualmente estão certificadas 89 organizações prestadoras de serviços de saúde, sendo 63 hospitais, 13 laboratórios clínicos, 4 serviços de hemoterapia, 6 serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva, 2 serviços ambulatoriais, terapêuticos e/ou pronto atendimento e 1 serviço de assistência domiciliar. O Sistema Brasileiro de Acreditação já contabiliza mais de 170 processos de avaliação com fins de certificação e recertificação desde 2000. Desde 2001, aproximadamente 378 organizações de saúde já realizaram diagnóstico organizacional, sendo que, destes, 75 foram em 2006<sup>(5)</sup>.

### **AUDITORIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE**

Referendando o controle da qualidade e a busca da origem da auditoria, segundo Pereira e Takahashi<sup>(21)</sup>, a auditoria na área da saúde aparece pela primeira vez em um trabalho realizado por um médico dos Estados Unidos em 1918, Dr. George Gray Ward; neste trabalho foi realizada a verificação da qualidade assistencial prestada ao paciente através de registros em prontuário. Mota<sup>(17)</sup> diz que a auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, e hoje esse trabalho tomou grandes proporções no contexto dos hospitais e operadoras de planos de saúde; com isso é necessário que a prática, em qualquer ramo da auditoria, seja baseada em evidências por meio da formação de conceitos sólidos fundamentando a prática.

Para Chiavenato<sup>(22)</sup> a auditoria é um sistema de revisão de controle, para

informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento; sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas, também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto um caráter eminentemente educacional.

Aquino<sup>(23)</sup> considera auditoria como uma investigação profunda sobre o sistema, em seus aspectos qualitativos e não apenas rotineiros e burocráticos, podendo ser definida como um conjunto de técnicas analíticas destinadas a efetuar diagnósticos, prognósticos e recomendações.

A auditoria pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais; destacam-se entre eles a auditoria médica, que segundo Loverdos<sup>(24)</sup> “é a análise, à luz das boas práticas de assistência à saúde e do contrato entre as partes – paciente, médico, hospital e patrocinador do evento – dos procedimentos executados e conferindo os valores cobrados, para garantir que o pagamento seja justo e correto” e a auditoria de enfermagem, conceituada como tratar da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente<sup>(17)</sup>. Ambas essas auditorias dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço em saúde definirá o papel do auditor e lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos. Em se tratando de operadoras de planos de saúde, as auditorias mais comuns dessas duas categorias profissionais são auditoria de contas, que é a análise do faturamento das cobranças efetuadas, análise de sinistros. Paterno<sup>(25)</sup> entende como um conjunto de medidas através das quais peritos internos ou externos revisam as

atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de medir a qualidade dos serviços prestados; auditoria de autorizações, que implica liberar procedimentos médico-hospitalares ou de diagnóstico conforme normas e requisitos técnicos<sup>(24)</sup> e auditoria no setor de credenciamento, que consiste em avaliar os serviços credenciados e a credenciar de forma sistemática, auxiliando nas negociações contratuais, revisão e formulação de adendos. Mills<sup>(26)</sup> define auditoria de avaliação como sendo: “Um exame sistemático e independente para determinar se as atividades da qualidade e respectivos resultados cumprem as providências planejadas e se estas providências são implementadas de maneira eficaz, e se são adequadas para atingir os objetivos”.

Baseado na legislação já mencionada neste artigo (Lei 9.656<sup>(12)</sup>), tivemos o interesse em mencionar a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde. Pensando na qualidade de atendimento prestado aos seus usuários, as operadoras de planos de saúde devem ter como meta o desenvolvimento de um programa de visitas de qualidade à rede credenciada, estabelecendo critérios de atuação e inspeção<sup>(24)</sup>.

A Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (FESP) em 2004 propôs em seu manual de auditoria interno uma nova configuração para o sistema básico de informação em saúde; o foco principal seria permitir o exercício contínuo da avaliação dos serviços de saúde, incorporando um conjunto mais complexo de indicadores, abrangendo os propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com mais al-

guns já consagrados na prática epidemiológica e na administrativa em geral. A proposta era obter um melhor nível de informação do prestador de serviços em relação à qualidade. Os principais itens propostos para avaliar são: estrutura física e organizacional, com foco no cumprimento das normas estabelecidas pela Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde; desses incluíam-se os sistemas de informação e indicadores de produção de serviços, recursos humanos, sistema de referência contra-referência, recursos financeiros/custos, estoque de materiais e medicamentos de consumo em geral, qualidade e disponibilidade dos recursos de equipamentos médico-hospitalares e grau de satisfação dos usuários<sup>(27)</sup>.

A auditoria de avaliação dos serviços de saúde dentro das operadoras de planos de saúde, como já mencionado, está ligada ao setor de credenciamento em caráter de assessoria. Segundo Dallari<sup>(28)</sup>, credenciamento “é o ato ou contrato formal pelo qual a administração pública confere a um particular, pessoa física ou jurídica, a prerrogativa de exercer certas atividades materiais ou técnicas, em caráter instrumental ou de colaboração com o poder público, a título oneroso, remuneradas diretamente pelos interessados, sendo que o resultado dos trabalhos executados desfruta de especial credibilidade, tendo o outorgante o poder/dever de exercer a fiscalização, podendo até mesmo extinguir a outorga assegurados os direitos e interesses patrimoniais do outorgado inocente e de boa fé”.

Contratos, tabelas de preços e rede credenciada são as ferramentas que o auditor, de apoio do credenciamento, utiliza no dia a dia e é fruto do trabalho do credenciamento. Cabe ao setor

manter atualizada a área de análise quanto a negociações, alterações contratuais, modificações de tabela, extensões de credenciamento, toda a mudança que gerar impacto na cobrança do prestador<sup>(24)</sup>.

Segundo Loverdos<sup>(24)</sup> ao credenciamento interessa informações quanto à evolução da atividade de um prestador, seu crescimento ou oscilações relevantes. A partir desses dados pode ser ampliado ou reduzido o credenciamento em determinada área ou região, bem como revisões de credenciamento e novas visitas para reavaliação da qualidade do serviço dos prestadores.

A avaliação prévia de recursos para o credenciamento tem como finalidade principal estabelecer uma rede adequada de prestadores, atendendo a população de usuários do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Desta forma, não se restringe apenas ao momento da contratação, mas deve ter um caráter contínuo de monitoramento<sup>(24)</sup>.

Não cabe à auditoria de avaliação a decisão quanto a credenciar ou manter credenciado determinado serviço, porém seu parecer pode sinalizar a possibilidade do prestador não reunir as qualidades necessárias para o estabelecimento de parceria comercial<sup>(24)</sup>.

A avaliação é a dimensão básica de todo o processo de gerenciamento. Consiste no processo de análise e comparação dos objetivos propostos no planejamento e na organização com os resultados obtidos na operacionalização das atividades das ações de saúde. A avaliação e o controle em saúde constituem-se em instrumentos fundamentais de monitoramento das políticas de saúde, para redefinição dos objetivos da instituição, realocação dos recursos e readequação de suas ações<sup>(29)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para a avaliação em saú-

de seria necessário ter à disposição um número mínimo básico de indicadores para se conhecer os aspectos principais relativos à situação de saúde da população e da atuação desses serviços. Tais indicadores poderiam ser específicos, isto é, aqueles que refletissem as mudanças decorrentes da introdução de uma determinada medida de saúde, ou não específicos, como aqueles que se referissem a inúmeros fatores relacionados com o estado de saúde, como, por exemplo, devido aos desenvolvimentos socioeconômicos e sanitários, dentre outros<sup>(2)</sup>.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de sistemas de qualificação deve ser entendido como um primeiro passo das organizações no sentido de alcançarem maior eficiência e eficácia dos seus processos, visando à melhoria e a satisfação dos seus clientes<sup>(5)</sup>.

Dentro desta filosofia, a auditoria de avaliação dos serviços de saúde é um ótimo instrumento para as operadoras de planos de saúde avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos para os seus usuários, além de disponibilizar informações que instrumentalizarão o setor de credenciamento a realizar comparativos de qualidade e perfil dos prestadores, ganhando maior poder de negociação e auxiliando no encaminhamento da clientela, permitindo oferecer aos clientes um atendimento diferenciado e específico para a sua necessidade.

O sucesso de qualquer organização depende diretamente da sua capacidade em mobilizar e organizar os meios e os recursos necessários que satisfaçam as exigências, as necessidades e as expectativas, em um processo mútuo de crescimento, resultando em qualidade e otimização dos serviços proporcionados pelos prestadores<sup>(5)</sup>.

“Quando se pode medir aquilo a respeito de que se está falando e expressá-lo em números obtém-se conhecimento; mas quando não se pode medir, quando não se pode expressar em números, o conhecimento que se tem é escasso e insatisfatório”<sup>(30)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Eduardo MBP. Vigilância Sanitária. Série Saúde & Cidadania vol. 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo; 1998.
2. Organização Pan-americana de Saúde. Representação Brasil. <http://www.opas.org.br> (acessado em 07/07/2006).
3. Constituição da República do Brasil. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%207ao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%207ao.htm) (acessado em 08/07/2006).
4. Lei orgânica n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm> (acessado em 07/07/2006).
5. Organização Nacional de Acreditação. História. <http://www.ona.org.br> (acessado em 07/07/2006).
6. Instituto Qualisa de Gestão. Artigos. <http://www.iqg.com.br> (acessado em 07/06/2006).
7. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring the criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
8. Teboul J. Gerenciando a dinâmica da qualidade. Rio de Janeiro: Qualitymark/Fundação Dom Cabral, Rio de Janeiro; 1991.
9. Deming WE. Qualidade: A revolução da Administração. Rio de Janeiro: Editora Marques Saraiva SA; 1990.
10. Taylor FW. Princípios de Administração Científica. São Paulo: Editora Atlas; 1980.
11. Lei n. 8078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras Providências. <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php> (acessado em 07/08/2006).
12. Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php> (acessado em 21/07/2006).
13. Lei n. 11292, de 26 de abril de 2006. Altera as Leis nos 9.986, de 18 de julho de 2000, que dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras; 10.768, de 19 de novembro de 2003, que dispõe sobre o Quadro de Pessoal da Agência Nacional de Águas – ANA; 10.862, de 20 de abril de 2004, que dispõe sobre a criação do Plano Especial de Cargos da Agência Brasileira de Inteligência – ABIN; 10.871, de 20 de maio de 2004, que dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das autarquias especiais, denominadas Agências

- Reguladoras; 11.182, de 27 de setembro de 2005, que cria a Agência Nacional de Aviação Civil – ANAC; 9.074, de 7 de julho de 1995, que estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos; cria cargos na Carreira de Diplomata, no Plano de Cargos para a Área de Ciência e Tecnologia, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS e Funções Gratificadas – FG; autoriza a prorrogação de contratos temporários firmados com base no art. 81-A da Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994, e no art. 30 da Lei no 10.871, de 20 de maio de 2004; revoga dispositivos das Leis nos 5.989, de 17 de dezembro de 1973; 9.888, de 8 de dezembro de 1999; 10.768, de 19 de novembro de 2003; 11.094, de 13 de janeiro de 2005; e 11.182, de 27 de setembro de 2005, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2006; Poder Executivo; 27 abr.
14. Lei n. 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000; Poder Executivo, 29 jan.
15. American Society for Quality Control. Quality. <http://asqc.org/> (acessado em 07/07/2006).
16. Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Desenvolvimento Gerencial; 1999.
17. Motta ALC. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. 1ª ed. São Paulo: Iátria; 2003.
18. Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. São Paulo: Editora Médice; 2001.
19. Mello JB, Camargo MO. Qualidade na saúde: práticas e conceitos sobre as normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Editora Best Seller; 1998.
20. Quinto Neto A. A busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Editora Dacasa; 2000.
21. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria de enfermagem. In: Kuregant P, et al. Administração em Enfermagem. São Paulo: Editora EPU; 1991. p. 237.
22. Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill; 1985; p. 381.
23. Aquino CB. Administração de recursos humanos: uma introdução. São Paulo: Editora Atlas; 1980; p. 270.
24. Loverdos A. Auditoria e análise de contas médico-hospitalares. 3ª edição. São Paulo: Editora STS; 2003.
25. Paterno D. Apresentação. In Loverdos Auditoria e análise de Contas Médico-Hospitalares. São Paulo: Editora Sts; 1997.
26. Mills CA. A Auditoria da Qualidade. São Paulo: Editora Makron Books; 1994.
27. Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (FESP). Manual de Auditoria Médica e Enfermagem. 2ª edição; 1999.
28. Dallari AA. Credenciamento. Revista eletrônica de direito do Estado. Salvador. Instituto de direito público da Bahia, n. 5, Jan/Fev/Mar 2006. <http://www.direitodoestado.com.br> (acessado em 08/08/2006).
29. Aliança Cooperativista Nacional Unimed. Jornal. <http://www.aliancaunimed.com.br/> (acessado em 08/08/2006).
30. Lord K. Science History. [http://www.todayinsci.com/cgi-bin/indexpage.pl?http://www.todayinsci.com/K/Kelvin\\_Lord/Kelvin\\_Lord.htm](http://www.todayinsci.com/cgi-bin/indexpage.pl?http://www.todayinsci.com/K/Kelvin_Lord/Kelvin_Lord.htm) (acessado em 09/09/2006).



## Assinatura

Desejo fazer uma assinatura anual da RAS, a partir da edição \_\_\_\_\_ (indicar o número).

Para tanto, anexo cheque no valor de R\$ 60,00, nominal à Redprint Editora Ltda.

Nome \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Enviar esta ficha preenchida, assim como o cheque respectivo, para **Redprint Editora Ltda.**, Rua Domingos de Morais, 2.777 – 13º – 04035-001 – São Paulo, SP.

Assinatura \_\_\_\_\_