

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde”

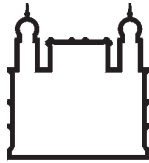
por

Maria Thereza Ribeiro Fortes

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro, março de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde”

apresentada por

Maria Thereza Ribeiro Fortes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.^a Dr.^a Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F738 Fortes, Maria Thereza Ribeiro
Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na
organização do sistema de saúde. / Maria Thereza Ribeiro Fortes.
-- 2013.
190 f. : tab.

Orientador: Baptista, Tatiana Wargas de Faria
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Acreditação. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Sistemas de
Saúde. 4. Gestão de Qualidade. 5. Política de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a trajetória da acreditação no Brasil buscando seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. Neste estudo, a acreditação foi vista do ponto de vista de sua construção política, como uma ideia que é apresentada aos países e adaptada em cada contexto. Tratar a acreditação como uma política significa reconhecer a disputa de saberes e poderes na orientação dos sistemas de saúde.

O estudo foi desenvolvido em duas partes. Na primeira foi feita uma releitura do desenvolvimento da acreditação nos Estados Unidos e os mecanismos de difusão da metodologia para o mundo. A segunda parte consiste na análise propriamente dita da trajetória brasileira de acreditação desde seus primórdios no início dos anos 1990 até a dedada de 2010, com a identificação de três momentos de desenvolvimento. O primeiro momento de entrada e aproximação da metodologia (1990-1994); o segundo comentando as primeiras experiências existentes (1995-1996); e o terceiro de nacionalização e institucionalização da acreditação (1997-2012). Ainda na segunda parte foi feito um panorama das duas principais instituições que promovem a acreditação no país – o Consórcio Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação.

A análise dos primórdios e difusão da acreditação no mundo e sua entrada e desenvolvimento no Brasil permitiu a percepção de que esta metodologia ganhou significados distintos de uma mera ferramenta de qualidade dos serviços de saúde. Ao ser internalizada pelo Sistema Único de Saúde tornou-se uma estratégia de política, fruto de arranjos e acordos envolvendo uma rede de atores internacionais e nacionais, constituindo uma trajetória particular de institucionalização.

Descritores: Acreditação; Políticas públicas; Sistemas de saúde; Gestão de qualidade; Políticas de saúde

Abstract

This research aims to analyze the trajectory of hospital accreditation in Brazil by making sense of its significance within the organization of the health system. In the study, hospital accreditation is seen from the viewpoint of its political construction, as an idea that is presented to countries and adapted to each context. To treat hospital accreditation as a policy is to recognize the dispute of knowledge and power in the orientation of health systems.

The study was conducted in two parts. The first was a remake of the development of hospital accreditation in the United States and the diffusion mechanisms of the methodology for the rest of the world. The second part consists of the actual examination of the trajectory of Brazilian hospital accreditation since its inception in the early 1990s until the year 2010 with the identification of three stages of development. The first being the moment of entry and the methodology (1990-1994), secondly commenting on the existing first experiments (1995-1996) and third and finally is the nationalization and institutionalization of hospital accreditation (1997-2012). Also included in the second part is an overview of the two main institutions that promote the methodology in the country - the Brazilian Consortium for Accreditation and the National Accreditation Organization.

The analysis of the origins and diffusion of hospital accreditation throughout the world and its implementation and development in Brazil has led to the perception that this methodology has more merits than being a simple quality assessment tool for the health services. Being internalized by the Sistema Único de Saúde in Brazil has become a political strategy, resulting from arrangements and agreements involving a network of national and international participants/agents, constituting a distinct trend of institutionalization.

Keywords: Accreditation, Public health policies, Health systems, Quality management

Sumário

Iª PARTE

Introdução	10
Capítulo 1 – Reconhecendo os primórdios da acreditação	21
<i>A peculiaridade americana</i>	30
Capítulo 2 – A difusão da acreditação no mundo	38
<i>A diversidade das experiências de acreditação</i>	45
<i>A atuação das agências internacionais na difusão da acreditação</i>	48
Capítulo 3 – A acreditação como ferramenta	67
<i>Os padrões</i>	68
<i>A avaliação</i>	73
<i>A acreditação</i>	75

IIª PARTE

Capítulo 4 – A acreditação e seus caminhos até o Brasil	85
<i>A região da América Latina e o Caribe</i>	87
<i>O Brasil</i>	95
<i>Os primórdios da acreditação no Brasil</i>	99
Capítulo 5 – Os momentos da acreditação no Brasil	103
<i>O primeiro momento: aproximação com a metodologia</i>	103
<i>O segundo momento: as experiências em curso</i>	112
<i>O terceiro momento: nacionalização e institucionalidade</i>	116
Capítulo 6 – O Consórcio Brasileiro de Acreditação, a Organização Nacional de Acreditação e o universo da acreditação brasileiro	124
<i>O Consórcio Brasileiro de Acreditação e suas primeiras experiências</i>	124
<i>A Organização Nacional de Acreditação</i>	129
<i>O universo da acreditação brasileiro</i>	133
Considerações finais	154
Referências	160
Anexos	172
<i>Anexo I – Quadro 3: Relatórios anuais – OMS de 1998 - 2010</i>	173
<i>Anexo II – Quadro 4: Outros relatórios em parceria com a OMS 1991 - 2006</i>	176
<i>Anexo III – Quadro 5: Linha do tempo atores</i>	181
<i>Anexo IV – Quadro 6: Lista de ministros da saúde do Brasil – março de 1985 até março de 2013</i>	183
<i>Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Informado</i>	185
<i>Anexo VI – Roteiro de entrevista</i>	188

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1: Conteúdos trabalhados nos estudos selecionados por região/países, anos 1970 - 2000	43
Quadro 2: Linha de eventos em prol da institucionalização da acreditação no Brasil	89
Quadro 3: Relatórios anuais OMS 1998 - 2010	174
Quadro 4: Outros relatórios em parceria com a OMS 1991 - 2006	177
Quadro 5: Linha do tempo atores	182
Quadro 6: Lista de ministros da saúde do Brasil – março de 1985 até março de 2013	184
Tabela 1: Hospitais certificados pelo CBA – janeiro de 2013	136
Tabela 2: Hospitais acreditados pela ONA – janeiro de 2013	138
Tabela 3: Tipos de Estabelecimento – Rede SUS/ dezembro de 2012	149
Tabela 4: Número de Leitos para Internação – Rede SUS/ dezembro de 2012	149
Tabela 5: Número de Leitos para Internação – Rede SUS/ janeiro de 2011	149

Lista de Abreviações

ABA – Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
Abrahue – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
Abrasco – Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde e Coletiva
ACHS – *Australian Council on Healthcare Standards*
ALC – América Latina e Caribe
ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANM – Associação Nacional de Medicina
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM – Banco Mundial
CAC – Colégio Americano de Cirurgiões
CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CCHA – *Canadian Council on Hospital Accreditation*
CCHFA – *Canadian Council on Health Facilities Accreditation*
CE – Conselho Europeu
Cepesc – Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
CGCRE – Coordenação Geral de Acreditação
CNQPS – Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Consu – Conselho de Saúde Suplementar
CQH – Controle da Qualidade Hospitalar
Danida – *Danish Agency for Development Assistance*
DNV – *Det Norske Veritas*
DOH – Divisão de Organização Hospitalar
EUA – Estados Unidos da América
Faperj – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FEHOSPAR – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIH – Federação Internacional de Hospitais
Finep – Financiadora de Estudos e Projetos

FLAH – Federação Latino-Americana de Hospitais
FR – Fundação Rockefeller
FMI – Fundo Monetário Internacional
GTA – Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar
HCI – *Health Care Improvement Project*
Hemorio – Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti
IAC – Instituição Acreditadora
IAHCS – Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
IAP – *International Accreditation Program*
IATF – *International Automotive Task Force*
Ibes – Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBQN – Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear
IMS – Instituto de Medicina Social
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INBRAH – Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar
Inca – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Inmetro – Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPS – Instituto Nacional de Previdência Privada
Into – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
IQNet – *The International Certification Network*
ISO – *International Organization for Standardization*
ISQua – *The International Society for Quality in Health Care Ltda*
ISTAHC – *International Society of Technology Assessment in Health Care*
Itaes – Instituto para Acreditação de Estabelecimentos de Saúde
JCAH – *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*
JCAHO – *Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
JCI – *Joint Commission International*
JCIA – *Joint Commission International Accreditation*
JCQHC – *Japan Council for Quality Health Care*
JCR – *Joint Commission Resources*
LACHSR – *Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative*
Mare – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação e Cultura
Nerj – Núcleo Estadual do Rio de Janeiro
NHS – *National Health System*

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIHP – *L'Office International d'Hygiène Publique*
ONG – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
Opas – Organização Pan-americana da Saúde
PPA – Plano de Pronto Ação
PACQS – Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PBQP – Programa Brasileiro para Qualidade e Produtividade
PGQP – Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade
PMQ – Programa de Melhoria da Qualidade
PPH – Programa de Padronização de Hospitais
PQSS – Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
QAP – *Quality Assurance and Workforce Project*
QI – Coeficiente de inteligência
Reclar – Relatório de Classificação Hospitalar
RCC – *The Royal Clinical Colleges*
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SCS – Serviço Catalão de Saúde
Silos – Sistemas Locais de Saúde
SPTA 2000 – Saúde para Todos Até o Ano 2000
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE – União Europeia
Uerj – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNRRA – *The United Nations Relief and Rehabilitation Administration*
Usaid – *US Agency for International Development*
Wonca – World Organization of Family Doctors

*Aos meus amores Santiago e Maria Eduarda
pelo amor, compreensão, paciência e incentivo.*

Introdução

*“Não há uma crença que
possa ser para todo o sempre
indubitável”
Rorty, 1998:17*

A acreditação chegou ao Brasil como uma ferramenta da qualidade, associada a uma dimensão de mercado, apropriada para os ambientes de saúde. Seu desenvolvimento começou no início da década de 1990, por um interesse de melhorar a condição dos hospitais daquela época. Da mesma forma, ela foi apresentada ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - Inca, em 2003, por meio de um ciclo de palestras sobre o assunto.

Durante as palestras, representantes do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - Inco expuseram seus trabalhos, já avançados em prol da qualidade, com base na acreditação da *Joint Commission International* - JCI, oferecida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA. Nessa ocasião, foram francos em relatar problemas que a instituição não solucionaria a curto e médio prazos, como as filas de espera por atendimento que demoravam cerca de dois a três anos. De qualquer forma, estavam entusiasmados em participar do novo processo, em prol da qualidade, que despontava no Brasil¹.

Naquele momento, diversas indagações precipitaram-se. A primeira delas, unânime entre muitos funcionários do Inca, inclusive eu, era: o que é acreditação? O Instituto tinha experiência com as questões de qualidade, tinha sido finalista do Programa Qualidade do Governo Federal - PQGF, com o reconhecimento de Gestão Nível 3 e havia conquistado o Prêmio Qualidade Rio, conferido pelo Estado do Rio de

¹ Segundo a entrevista concedida por Maria Manuela Santos, essa instituição teve seu processo de acreditação facilitado por conta de trabalho prévio, em parceria com o Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear - IBQN, e por conta do estímulo do Ministério da Saúde. Assim, o desenvolvimento da nova metodologia ocorreu mais facilmente. O Inco recebeu a sua certificação em 2003. “Os resultados, o Inco se acreditou apesar de todas as loucuras. Aquela parte toda administrativa que ficou pendente (...) E eles tinham um prédio muito ruim que lhes dava muito trabalho, que era o que os prendia na acreditação.”

Janeiro, na Categoria Prata², contudo, mesmo para as pessoas do setor de qualidade, a acreditação era algo praticamente desconhecido.

A segunda indagação foi sobre qual seria o significado daquela qualidade que, apesar de demandar concordância com padrões, aceitava filas de anos, sem previsão de solução?

O Inca tinha seus problemas, porém eles não eram longevos. Da mesma forma, com a conquista dos prêmios, havia uma satisfação com o incipiente movimento em prol da qualidade que estava se inserindo, serviço a serviço, com uma rotina de reuniões quinzenais. Então, por que aceitar uma ferramenta americana naquele momento ainda de consolidação de uma nova rotina de trabalho em prol da qualidade? Qual seria a vantagem? Como a acreditação tinha chegado no Inca? Quem estava propondo o processo? Primeiro o Into, agora o Inca. Era uma proposta que vinha pelo Ministério da Saúde? A acreditação apresentava-se como uma ferramenta internacional, será, então, que a proposta estava relacionada com o fato de o Inca também ter uma projeção internacional no cenário da saúde?

As indagações passaram a multiplicar-se e foram intensificadas com o fato de que o manual internacional de acreditação apresentava dificuldades de entendimento e, em razão disso, as reuniões de serviço, com o setor de qualidade, foram suspensas. E, embora se ouvisse falar da acreditação no Inca, ela não era “vista”³. Essas questões levaram-me ao mestrado.

Até então, a meu ver, era preciso saber o quê era aquela acreditação internacional e entender o porquê de ela estar atuando em instituições federais, do porte do Inca. As minhas questões não se referiam exatamente à ferramenta. Não me interessava explorar o antes e o depois da aplicação da acreditação para registrar se ela era uma boa ou uma má ferramenta da qualidade. A acreditação internacional, para mim, transparecia um algo a mais difícil de explicar.

Durante o mestrado, na tentativa de entender o porquê de o Inca ter “optado” pela acreditação americana, fiz dois movimentos, um em direção à OMS e outro em direção a

² Para mais informações, consultar o Relatório Anual 2001 do Inca, capítulo sobre o desenvolvimento institucional, disponível no endereço eletrônico http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_2001.

³ “A acreditação ainda deve estar lá pela Direção-Geral do Inca. Quando será que ela vai passar aqui no ambulatório, pelo menos para um cafezinho?” Indagação de um funcionário feita em uma conversa informal um ano após a reunião de apresentação da metodologia.

três países que haviam conformado três tipos distintos de acreditação. Parecia-me razoável que a Organização Mundial da Saúde - OMS, como instituição criada para orientar a saúde do mundo, estivesse sugerindo a metodologia. Da mesma forma, se a acreditação era uma boa ferramenta, valia perceber como ela havia atuado em contextos com arranjos diferenciados de saúde.

Pude perceber que a OMS preocupa-se com os sistemas de saúde e a sua qualidade. Sugeriu a acreditação, entre outras ferramentas, mas também produziu documentos, em parcerias com organismos voltados à metodologia, com títulos referidos à acreditação e com uma argumentação retórica que disseminavam a ideia de acreditação.

Quanto à inserção da acreditação nos contextos de saúde dos países, pude perceber que a metodologia, ao adentrar os sistemas nacionais, modificava-se. Nos Estados Unidos da América - EUA, país que a criou, era um produto de mercado, de adesão voluntária, que confere um *status* de qualidade. Já na Inglaterra, na França e na Espanha (Catalunha), ficou claro que os incentivos à adesão ao processo de acreditação, ou a falta deles, foram diversos, assim como foram diversas as maneiras de desenvolvimento desse processo. Em consequência, os resultados culminaram não apenas na acreditação propagada pelo senso comum, mas em diferentes creditações entre os países, algumas gerando sanções para o sistema com o fechamento de unidades de saúde.

Scrivens (1996, 1997, 1998a, 1998b), ao analisar as mudanças sofridas pela metodologia nos países anglofônicos, demonstrou que pressões internas e externas influenciaram os interesses da acreditação e que, apesar das semelhanças entre os sistemas de saúde, houve uma mudança a partir da entrada da acreditação nesses países. Essas análises foram importantes para aguçar meu interesse em estudar a difusão da metodologia na perspectiva da formulação de políticas para a saúde. A partir do estudo de mestrado, assumi como pressuposto que a metodologia da acreditação modifica os ambientes de saúde e que também é modificada pela política voltada aos ambientes de saúde que pretende alterar.

Ingressei no doutorado com as indagações do mestrado amadurecidas e assim as apresentava: Como a acreditação se vincula às estratégias políticas de organização do sistema de saúde brasileiro? Do ponto de vista do grau de inserção das partes que

compõem o sistema brasileiro de saúde, o que significa a entrada da acreditação? Em que projeto político insere-se a acreditação no Brasil?

Com isso, a proposta de estudo no doutorado definiu-se a partir deste objetivo: analisar como a acreditação insere-se na organização do sistema de saúde brasileiro e associa-se a estratégias de política. A intenção foi estudar a acreditação no Brasil na perspectiva da lógica de construção de uma política, buscando compreender o que se delimitou como acreditação em nossa realidade, nos seus caminhos formais e informais, identificando os arranjos e acordos que lhe deram sustentação, os atores e instituições presentes no debate.

Tratá-la como política tornou-se o principal desafio na realização do estudo, pois a proposta não era identificar a acreditação como uma política oficial do Estado, mas entendê-la como uma ideia que penetrou os ambientes de saúde e passou a atravessar os processos de discussão em torno da qualidade.

Ao considerarmos as discussões metodológicas da ferramenta como parte de uma estratégia não apenas de orientação, mas de persuasão e disseminação, objetivamos compreender o movimento da acreditação como uma construção política. Em um entendimento de política que não se restringe aos aspectos formais e ao enunciado oficial, mas ‘políticas’ que são resultados de embates e conflitos de interesse que refletem as disputas entre poderes e saberes e que impactam as instituições e a definição de políticas públicas. Ou seja, uma política construída no âmbito das práticas sociais, que se difere do que é ‘aparente ou formalmente estabelecido’, mas que se expressa nas formas construídas de viver e reproduzir das instituições e da própria sociedade, como sugerem Baptista e Mattos (2011).

Esses autores elaboram um conceito de política a partir do percurso de formalização já percorrido pelo conceito usual de política de Estado. Esse propiciou os entendimentos correlatos sobre a política que reflete suas ações. Eles percorrem esse processo, mas chamam a atenção para o fato de que o Estado também se transforma pelas relações que se constroem em seu interior em razão das contribuições que seus próprios atores elaboram a partir dessa inserção. Eles nos fazem ver que, além dos caminhos formais de constituição de uma política formal, existem os caminhos percorridos pelos sujeitos e suas implicações nesses processos políticos.

Com isso, propusemo-nos a perceber a acreditação como fazendo parte de um contexto de oferta de ideias, tal qual Mattos (2001) e Matta (2005) exploraram ao observar as relações de “cooperação/competição” das agências internacionais no campo da saúde.

Para Mattos (2000), o contexto das agências internacionais é repleto de propostas políticas constituídas de argumentos feitos com o objetivo de persuadir determinados grupos sobre a adequação e a conveniência de que os governos adotem certa política. Ou seja, as propostas, além de sugerirem intervenções, abrangem “a defesa da importância dos problemas que tais intervenções podem resolver, os argumentos em defesa da eficácia das medidas sugeridas, e aqueles voltados para demonstrar que a adoção de tais medidas se faz oportuna” (Idem: 62). Essa estratégia permitiu a Matta (2005) identificar na ferramenta do WHOQOL⁴ um uso para além de sua característica mais marcante, o de ferramenta de mensuração da qualidade de vida: atuava como orientação na elaboração de políticas de saúde internacionais.

Neste estudo, partiu-se dessa mesma lógica. No caso, a ideia a qual nos referimos é a da acreditação ofertada como um produto de mercado que propicia qualidade aos ambientes de saúde. A sua dimensão técnico-operatória justifica sua adoção, uma vez que confere à metodologia praticidade e funcionalidade para as questões da qualidade dos sistemas de saúde mundiais. Contudo, essa ideia foi resultado de uma construção política referente às questões de poder e saber de uma dada hegemonia, como veremos na primeira parte deste trabalho.

Em tal linha argumentativa, uma leitura importante foi o estudo de Walt sobre Políticas de Saúde, *Health Policy: an Introduction to Process and Power* (2006), porque corrobora os argumentos a partir das relações de “cooperação/competição”, ao reconhecer que as democracias liberais são caracterizadas por grupos de interesses competidores que tendem a negociar e barganhar com os governos para atingir seus próprios objetivos. Assim, as políticas de saúde nos estados democráticos liberais são caracterizadas por uma diversidade de atores públicos e privados que competem em extensões distintas.

⁴ Em sua tese, *A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais* (2005), Matta discute “o surgimento e desenvolvimento da noção de qualidade de vida como uma estratégia de avaliação em saúde, a partir da trajetória do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL (...) A discussão proposta pelo trabalho aponta para as relações entre os processos de globalização e o campo da saúde como a matriz política e cognitiva para o surgimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (...)” (p.12)

A autora sugere que o processo de formulação de uma política não é inteiramente controlado pelo governo. Além disso, as participações dos distintos atores podem ou não ser encorajadas, dependendo do contexto político, resultando em políticas de saúde significativamente diferentes. Portanto, assim como Mattos (2000) e Matta (2005), essa estudiosa de política indica a necessidade de observar esse campo e sua dinâmica como um reflexo das interações de saberes e poderes entre os países.

Dessa forma, a primeira parte desta pesquisa visou explorar o nascimento, a constituição, o desenvolvimento e a disseminação da acreditação. Uma acreditação que entendemos ser fruto de política e que age como uma proposta de política ideal para os sistemas de saúde nacionais em desenvolvimento, passíveis de influência, mas que também influenciam esse contexto macro.

A partir dessa consideração, o ponto de partida do estudo foi a escolha de uma metodologia que permitisse colocar em discussão o próprio objeto de pesquisa e suas pré-concepções. A intenção foi poder colocar em xeque o que é considerado universal e verdadeiro: a acreditação como ferramenta, e permitir o aparecimento de outros entendimentos e significados em torno da acreditação. Ou seja, só colocando em discussão a própria acreditação seria possível deixar de lado as noções correlatas ao termo e partir para outro entendimento do que poderia vir a ser o significado da acreditação.

Assim, apoiamo-nos em Foucault (1979) para abandonar essa ‘construção’ chamada de acreditação e toda a sua ‘grade de inteligibilidade obrigatória’, ou seja, a sua concepção de ferramenta da qualidade e entendimento arraigado do que seriam as suas funções e objetivos, como um meio de afastamento desses automatismos. Da mesma forma, Rorty (1998) permitiu-nos ‘descartar essa terminologia obsoleta’ que teve como objetivo atender certas demandas e desconfiar dessa ‘verdade’, a acreditação é uma ferramenta da qualidade e nada mais, entendendo que ‘toda verdade é relativa’ e que, por isso, pode ser questionada e debatida.

Bourdieu (2004) também foi uma referência que nos ajudou a corroborar essa ação à medida que sugere que o objeto de pesquisa deve ser posto à prova de forma sistemática e constante, pois deve-se romper com as representações incorporadas para se estabelecer um ‘novo olhar’. Um olhar que considere as relações do objeto inserido num ‘campo’ caracterizado por tensões internas, geradas por seus integrantes, e externas, referentes aos outros campos com os quais se relaciona.

Esses autores e seus debates sobre as relações de poder instauradas e representadas nas terminologias obsoletas e suas possibilidades de questionamento e debates para uma nova construção, reconfiguração ou linguística, deram-nos as bases para ver outra acreditação e entendê-la de outros pontos de vista, percebendo, assim, que ela pode ter outras funções. Uma acreditação que se constitui de política e atua como política.

Para tal, uma etapa prévia à pesquisa propriamente dita foi a revisão integrativa da bibliografia, seguida de uma revisão mais extensa de documentos produzidos pelos organismos internacionais que atuam no campo da saúde, bem como documentos gerados no âmbito nacional desse campo⁵. Ressalta-se ainda a literatura disponível em vários boletins, revistas de circulação restrita e bibliografia não catalogada nas bases oficiais que foram fundamentais para o reconhecimento do debate do campo.

A revisão integrativa teve como objetivo identificar a possível relação entre a acreditação e a política nos diferentes países. Procurou-se localizar, nos discursos dos analistas de políticas, como eles percebiam a acreditação. Assim, buscamos algum indício sobre a relação entre acreditação e política. Essa revisão possibilitou a percepção de que, ainda que a metodologia seja vista majoritariamente pelos autores como uma ferramenta da qualidade, há uma participação de atores e instituições que lideram a política de saúde nos países, exercendo e influenciando nas decisões políticas relativas aos sistemas de saúde no que tange à qualidade.

A revisão feita nos documentos e debates produzidos pelos organismos internacionais e seus interlocutores permitiu a identificação de uma mobilização de várias instituições que lideram as políticas de saúde nos países, no processo de disseminação da metodologia, através de documentos produzidos pela OMS ou em parceria com seus escritórios regionais e suas agências internacionais. Agências voltadas para os campos da saúde, da qualidade, da acreditação e da economia do tipo: *US Agency for International Development* - Usaid; JCI; *The International Society for Quality in Health Care Ltda* - ISQua; e Banco Mundial - BM.

Esses documentos, bem como as instituições e os atores que os enunciaram, produziram argumentos utilizados e articulados em torno da acreditação e deixaram

⁵ Para maiores detalhes sobre a revisão integrativa ver o artigo: Fortes MT, Baptista TWF. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4).

claro como se associaram, quais estratégias de divulgação utilizaram e em que âmbito. Essa revisão foi fundamental para a percepção da rede de instituições e atores, para identificar o processo de oferta e divulgação de ideias. A literatura também evidencia a mobilização de várias instituições que lideram as políticas de saúde nos países no processo de disseminação da metodologia.

Concordamos com Mattos (2011) que desenvolve a ideia de que as revisões servem para reconhecermos o estado da arte do tema que pretendemos pesquisar. A atividade é uma oportunidade de reconhecer como o tema tem sido debatido pelos nossos possíveis pares, se existem estudos do tema eleito na perspectiva que pretendemos adotar e quais questões os diferentes autores suscitam. As revisões, no caso deste estudo, foram fundamentais na construção do objeto de estudo e na configuração de nossas perguntas de pesquisa. Possibilitaram a afirmação de que a acreditação pode e deve ser considerada como uma questão de política que mobiliza diferentes países, instituições governamentais e não governamentais e encontra-se na agenda de debate dos governos.

Para isso, buscamos os primórdios da acreditação. O interesse estava nas relações que a metodologia precisou construir para criar forma, institucionalidade e ganhar terreno.

Com o intuito de entender que ideia era essa, voltamos aos EUA para observar os percursos que a acreditação fez desde esse país até chegar ao Brasil. A intenção não foi a de fazer um histórico da acreditação, mas sim observar os EUA e suas políticas, no que diz respeito a suas formas de atuação nos contextos internos e externos, como integrante de um sistema e entender que hegemonia era essa.

Com relação à trajetória da acreditação, dos solos americanos para o ideário do mundo, aguçamos nossa percepção quanto às formas de expressão de poder e conflito que Fiori (2007) aponta serem tão sutis. Da mesma forma, Wallerstein (2010) auxiliou-nos com o seu conceito de sistema-mundo, dando-nos uma chave de entendimento para a discussão sobre a hegemonia estar relacionada a um determinado equilíbrio entre os países, que não depende de imposição de força de uns contra os outros, mas que se traduz em um conjunto de preponderâncias sutis que se manifestam de formas diversificadas e igualmente sutis, em diversos setores dos vários países. Associamos, ainda, Santos (2008), na reflexão sobre a globalização, para entender a propagação de um entendimento comum de que a crise seria idêntica para todos, sendo, portanto, natural aderir aos mecanismos propostos, pois estes serviriam igualmente a todos. Ou

seja, a discussão de poder, integração e oferta de ideias promovida por esses autores foi fundamental na leitura da acreditação como política.

Após essa primeira análise sobre o percurso da acreditação até a sua chegada ao Brasil, partiu-se para a segunda parte desse estudo. Para essa construção, foi importante observar o contexto de entrada da metodologia no país e sua trajetória de desenvolvimento em prol de sua institucionalização.

Nessa fase da pesquisa, as entrevistas com os atores foram fundamentais no reconhecimento de uma rede criada em torno do tema e na interpretação da atuação dos organismos que ofertam a metodologia. Essa atividade também permitiu a percepção de uma tendência ao reconhecimento de uma determinada instituição acreditadora brasileira, entre as duas cujas atuações se destacam em nossos país, embora isso não se justifique pela abrangência de suas atividades fim. Esses atores foram escolhidos de acordo com a sua importância nesse processo de nacionalização da metodologia.

Dessa forma, pôde-se identificar a atuação destacada de dois atores, Humberto Novaes e José de Carvalho Noronha. Ambos tiveram papéis importantes por conta de suas inserções, envolvimento com o tema e produção de documentos em prol da acreditação. Por isso, alguns de seus textos produzidos, entre outros, foram tratados como documentos para que se reconhecesse a rede de atores e as diferentes histórias que impactaram a institucionalização da acreditação no Brasil.

Essa ação possibilitou confirmar que, apesar da acreditação não estar na agenda das políticas de Estado, estava na agenda política de certos atores, cujas inserções específicas permitiram que ela entrasse nesse fluxo de ações. O fato foi reflexo de uma rede de “permeabilidade e coesão” entre atores (Marques, 2000).

Marques (1997), ao abordar as principais teorias que analisam o papel dos atores e suas capacidades de influenciar as políticas estatais na contemporaneidade, conclui que o resultado das políticas é contingente e dependente das articulações e das estratégias traçadas pelos diversos atores, sendo necessária uma análise dessas para melhor compreender a produção das políticas públicas, em especial no caso brasileiro. Portanto, é preciso analisar “as articulações entre os referenciais e mediadores do setor, os atores estatais relevantes e os capitalistas presentes no setor e na sociedade” (idem, p.94).

Na realidade, Marques (2000) agrega à sua análise sujeitos sociais que estão no entorno do Estado e que podem, através de suas relações com ele e seus atores, permitir a capilaridade aos interesses privados que circundam as agências no âmbito de uma política específica. A visão pluralista desse autor admite a falta de clareza dos posicionamentos sistêmicos de diversos atores importantes na cena política. No entanto, ao adotar a perspectiva de análise das redes sociais na produção das políticas públicas e considerar uma “*policy network*”, dá importância às relações entre Estado e sociedade, ainda não predeterminadas, considerando que as redes moldam e constroem as ações da mesma forma que são transformadas pelos atores em fenômenos sociais.

Desse modo, na segunda parte da pesquisa, analisamos a inserção da proposta política da acreditação no processo de formulação da política de saúde do Brasil, considerando que as políticas dos diversos atores e suas redes lhe confeririam sentidos e significados.

Na construção da trajetória brasileira, orientamo-nos por Giddens (2003) e sua ‘teoria da estruturação’ que destaca a ‘rotinização’ como mecanismo de naturalização de determinadas ações. Esse autor contribuiu na compreensão dos posicionamentos dos atores ‘sujeitos’ da rede de acreditação. Nessa fase do trabalho, aliar a análise, possibilitada pela revisão documental, com as entrevistas dos atores⁶ foi fundamental. Isso nos permitiu reconhecer: as arenas de debates; o processo de institucionalização da proposta de política da acreditação em diferentes documentos, entre eles os sobre a temática da proposta; e a ‘rotinização’ de argumentos como os de defesa da institucionalização da acreditação de forma independente e externa ao Estado para que não fosse confundida como mais um mecanismo de controle e regulação. A partir daí, foi possível elaborar a discussão que estamos propondo.

Nessa segunda parte da pesquisa, partimos do primeiro evento da acreditação no Brasil, o Iº Seminário Nacional sobre Acreditação da Organização Pan-americana da Saúde - Opas, em Brasília, ocorrido em 1992, quando ela foi oferecida como uma ferramenta adequada às questões de qualidade, como uma forma de incrementar as condições da provisão de saúde na atenção básica.

⁶ Os entrevistados serão abordados no Capítulo 4 desta tese e figuram no Quadro 5 (anexo III), a exceção é Luiz Plínio Moraes Toledo (ver nota de rodapé nº35, p.85). Nos anexos IV e V encontram-se, respectivamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o roteiro elaborado para as entrevistas, ambos devidamente autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz.

Assim, durante a fase de introdução da metodologia, identificamos três momentos distintos de difusão da acreditação. O primeiro foi o de aproximação propriamente dita das instituições e atores da saúde com a metodologia. O segundo foi o das primeiras experiências de sua aplicação com adaptações e arranjos para adequar-se ao contexto brasileiro. E o terceiro foi o de institucionalização de algumas práticas no âmbito do Ministério da Saúde, subsidiando a configuração de duas metodologias de acreditação, com mecanismos distintos, a Organização Nacional de Acreditação - ONA e o CBA.

Esse contexto de debates e as diferentes creditações em curso no Brasil possibilitaram uma percepção mais clara sobre a difusão da ideia da acreditação. Suscitou reflexões e uma gama de questões e possibilidades impossíveis de serem abarcadas nesse trabalho.

Nossa pretensão não é a da crítica quanto a que metodologia em prol da qualidade deve ser adotada. Entendemos que a questão da qualidade é vital e que qualquer iniciativa e discussão a seu respeito coopera para o seu desenvolvimento. Estimular a qualidade das mais diversas unidades de saúde, independente dos mecanismos adotados, é importante. Analisar as unidades para conhecer suas situações de qualidade é igualmente importante.

Tampouco é a da crítica quanto a que metodologia de acreditação deve ser escolhida. Nossa análise focou a acreditação como uma ferramenta que carrega no seu veio discussões sobre saberes e poderes, cujo desenvolvimento e oferta envolveu discussões políticas, que incorreram em decisões também políticas sobre como deveria ser adotada. Portanto, nossa discussão propõe apenas um caminho, uma leitura possível da acreditação, que tem suas dificuldades e limitações, mas que espera estar cooperando com as discussões em prol do desenvolvimento do campo da saúde no Brasil.

Capítulo 1

Reconhecendo os primórdios da acreditação

O hospital, no século XVIII, iniciou uma grande transformação, passou a ser visto como local de saúde e de ensino. A medicina anatomoclínica, com forte ênfase empírica, fez do hospital um local privilegiado para a aquisição de experiência. A observação de um grande número de pacientes possibilitou o conhecimento das doenças e o poder de correlacioná-las com os achados das autópsias, incrementando a pesquisa (Foucault, 1979). No século XIX, o hospital perdeu por completo sua natureza essencialmente beneficente para “se transformar na usina médica que veio a ser desde então” (Porter, 2004, p.175).

Com orientação médica, o hospital moderno complexificou-se, passando a demandar mais exames e outras formas de investigação. O volume da tecnologia médica aumentou e o processo passou a ser mais dispendioso. Consequentemente, o início do século XX caracterizou-se pela adoção intensiva de tecnologias pesadas e custosas que passaram a concentrar-se no hospital, “estabelecimento-sede da medicina de ponta” (Neto, Barbosa e Santos, 2009).

Ainda nesse contexto, mais um grande movimento ocorreu, com Abraham Flexner e Ernst Codman, modificando a atuação médica nos Estados Unidos. Em 1910, Flexner, um educador americano formado pela Universidade de John Hopkins, publicou um relatório no qual dispunha sobre a diversidade de conteúdos entre as faculdades de medicina americanas e canadenses que atuavam sem orientação e sem programa. O relatório *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, comumente conhecido como ‘Relatório Flexner’, evidenciou o estado caótico dessas faculdades de medicina e propôs uma nova ordem para o ensino médico, com influências do modelo europeu de ensino. Scrivens (1995a) considera esse momento como o da rememoração da medicina como ciência.

Na mesma década, um grupo de cirurgiões, conduzidos por Codman, elaborou uma lista de padrões mínimos para as salas de cirurgia e um sistema de organização do hospital baseado nos resultados. A intenção foi verificar a eficiência dos tratamentos, evitar reincidência dos erros e reagir às diferentes condições em que se encontravam

essas salas de operações, nos diversos hospitais. O movimento estimulou a criação do Colégio Americano de Cirurgiões – CAC (*American College of Surgeons*) como um meio de desenvolver a ideia, padronizar o sistema, introduzi-lo nos serviços voltados ao atendimento individual dos pacientes e legitimar nacionalmente um movimento de padronização dos hospitais. O desdobramento foi o estabelecimento do Programa de Padronização de Hospitais - PPH, com o objetivo de garantir algum nível de qualidade nesses ambientes. Para o estabelecimento desse programa, o então diretor do CAC conquistou o apoio financeiro da *Carnegie Foundation*, a mesma que publicou o Relatório Flexner.

O programa propiciou uma avaliação dos hospitais cujo resultado foi considerado preocupante pelo CAC. Na época, 1919, foram avaliados 692 hospitais, com pelo menos 100 leitos, entre os EUA e o Canadá. Desses, apenas 89 apresentaram conformidade com os padrões mínimos então estabelecidos. O CAC, com base nesse resultado, e com receio de alarmar a população, decidiu não tornar público esse registro, queimando, assim, os documentos referentes à avaliação na lareira do *hall* do Hotel *Waldorf Astoria*, em Nova Iorque (Roberts, Coale e Redman, 1987).

Esses dois movimentos contribuíram para uma reorganização e regulamentação das escolas médicas e dos hospitais. Passou-se a buscar a excelência nesses dois ambientes. A escola médica elitizou-se e cresceu a ideia de que a boa educação nessa área propiciaria a qualidade da prática, influenciando o desempenho dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o estado de saúde das pessoas.

Nos hospitais, o movimento deixou claro o estado caótico desses ambientes e a necessidade de desdobramento nacional do sistema baseado em padrões. Os padrões estabelecidos foram reconhecidos como essenciais ao cuidado e ao tratamento apropriado dos pacientes, em qualquer hospital, e foram classificados como mínimos. A percepção era a de que os hospitais evoluiriam, e esperava-se que os padrões os acompanhassem.

Assim, o PPH permitiu não apenas o início de uma preocupação com a qualidade dos ambientes hospitalares, mas também um meio de a elite médica americana pleitear o controle do sistema no qual seus membros atuavam, uma vez que foram os próprios médicos que estabeleceram os padrões mínimos utilizados.

É nesse momento que tem início a construção de uma metodologia de padronização das atividades hospitalares, o que passou a denominar-se acreditação, um guia de orientação voltado para as estruturas dos ambientes nos quais se praticava a medicina.

Em 1919, o PPH havia estabelecido cinco padrões mínimos a serem cumpridos pelos hospitais. Eram eles:

- Que os médicos e cirurgiões com a prerrogativa de atuar em hospitais fossem organizados em grupos definidos ou *staffs*. A organização desses grupos não deveria ter relação com o fato de o hospital ser aberto ou fechado e não deveria afetar os vários tipos de grupos organizados de *staffs* existentes⁷. A palavra *STAFF* é definida como um grupo de médicos que exercem suas práticas dentro do hospital incluindo todos os grupos de *staffs* regulares, visitantes ou associados;
- Que a admissão como *staff* fosse restrita aos médicos e cirurgiões que fossem graduados em medicina com licença adequada e legal à atuação em suas respectivas províncias e/ou estados; competentes em suas respectivas categorias; e valorosos em caráter e ética profissional sendo a prática da divisão da cobrança de taxas proibida;
- Que o corpo clínico iniciasse suas atividades e adotasse regras, regulações e políticas aprovadas pelo conselho diretor do hospital que orientassem o trabalho profissional e que definissem especificamente que: as reuniões de *staffs* acontecessem pelo menos uma vez por mês (em hospitais maiores, os departamentos devem se reunir separadamente); que a experiência dos *staffs* fosse analisada e revista regularmente nos vários departamentos que compunham o hospital como, por exemplo, o de clínica médica, o de cirurgia e os demais departamentos existentes, com base nos prontuários dos pacientes, pagantes ou não;
- Que os registros fossem feitos para todos os pacientes de forma precisa e detalhada e que estivessem disponíveis para todo o hospital – considerando-se que um registro clínico completo é aquele que inclui dados de identificação, as queixas, a história pessoal e familiar, a história da doença atual, o exame físico, os

⁷ “Assim, uma instituição pode ser considerada:

a) fechada

b) aberta.

Fechada: – é aquela instituição que tem um corpo clínico efetivo, que executa todo o serviço médico ou de especialidade do doentes contribuintes ou de caridade, não se permitindo a médico estranho exercer ali a profissão, salvo por um acôrdo especial, eventual.

Aberta: – é aquela instituição que tendo ou não um corpo médico efetivo que se ocupa da assistência clínica geral, permite a outros médicos o exercício da profissão e tratamento de seus doentes particulares.” (*História e evolução dos hospitais*, 1944:89)

exames complementares – como consultas, raio X, exames laboratoriais, entre outros; o diagnóstico ou a sua hipótese; o tipo de tratamento; os resultados patológicos; a evolução clínica; condição na alta; o seguimento; e, em caso de óbito, os resultados da autópsia.

- Que as facilidades diagnósticas e terapêuticas estivessem disponíveis para o estudo, diagnóstico e tratamento dos pacientes sob supervisão competente e incluíssem ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia; e departamento de raio X com serviço de radiografia e fluoroscopia (Roberts, Coale e Redman, 1987:937; Scrivens, 1995a:16)⁸.

O questionário original era formado por 18 páginas que continham esses padrões e uma explicação sobre a aplicação e extensão de cada de um dos princípios. Observa-se que os padrões não davam conta das atividades dos outros profissionais de saúde ou de questões referentes à estrutura dos ambientes hospitalares. As demandas eram restritas à organização das atividades dos médicos com a intenção de melhorá-la e facilitar o relacionamento entre as especialidades.

Como evidência das melhorias obtidas pelo PPH, Roberts, Coale e Redman, (1987) apontam que os casos enviados ao CAC, pelos cirurgiões dos hospitais aprovados no programa, atendendo às exigências referentes aos pedidos de inscrição como membro, não se classificavam mais como inaceitáveis e passaram a configurar-se como bons referenciais para avaliação. Esses autores consideraram que o fato demonstrava uma melhora substancial na qualidade dos médicos e, por conseguinte, dos ambientes hospitalares. A conclusão foi a de que o PPH demonstrava algum sucesso e passou a atrair mais hospitais. Em 1950, o número de hospitais aprovados era de 3.290⁹.

Com o crescimento, o CAC passou a ter dificuldades de administrar o Programa sozinho. Além disso, os hospitais haviam alcançado um determinado grau de desenvolvimento tecnológico que demandava uma revisão dos padrões e um aumento das atividades até então executadas. A reformulação do hospital, cada vez mais especializado, passou a consumir mais investimentos e causou preocupações de financiamento.

⁸ Livre tradução.

⁹ Vale lembrar que, nesse período pós-Segunda Guerra, ocorreu uma expansão das tecnologias que incorreu na especialização e fragmentação da assistência à saúde e, conseqüentemente, em seu encarecimento.

A percepção foi a de que o ideal seria o apoio conjunto do campo médico e hospitalar. Assim, o CAC solicitou o apoio e a participação de outras associações profissionais nacionais e contou também com a participação da Associação Médica Canadense (*Canadian Medical Association*).

Com o desenvolvimento desse processo, nasceu, em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH*, resultado da união do CAC com outras quatro instituições: o Colégio Americano de Médicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense¹⁰. A organização é americana, independente e sem fins lucrativos. Inicialmente voltada para o oferecimento e o desenvolvimento do processo de acreditação voluntária em hospitais e, posteriormente, nos diversos ambientes voltados à saúde.

Após a criação da JCAH, iniciou-se, nos EUA, em 1952, a consolidação da avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio da adoção da acreditação. A ênfase mudou. Da intenção de proteger os médicos e os pacientes de um ambiente ruim, o processo mudou para uma percepção em que os cuidados em saúde passaram a ser analisados do ponto de vista da qualidade, enquanto função desse processo. Essa mudança é considerada por Scrivens (1995a) como o nascimento do movimento da qualidade nos cuidados em saúde, nos EUA.

Em 1960, foi criado nos EUA o *Medicare* e o *Medicaid*¹¹. Os hospitais que aderiram passaram a depender de financiamento público, uma vez que esses são programas sociais de saúde do governo americano. Com isso, iniciou-se a regulação pública que demandava dos hospitais conformidade com requisitos preestabelecidos para o recebimento dos reembolsos, referentes aos serviços dispensados por meio desses programas (*Centers for medicare and medicaid services/ US department of health and human services, 2011*).

¹⁰ Respectivamente, em inglês: the American College of Physicians - ACP, the American Hospital Association - AHA, the American Medical Association - AMA, and the Canadian Medical Association - CMA.

¹¹ O *Medicare* e o *Medicaid* foram criados nos EUA pelo Social Security Act de 1965. O primeiro é um seguro social de saúde, financiado pelo governo americano para pessoas: com mais de 65 anos, com menos de 65 anos para certas incapacidades e em qualquer idade se for um caso de estágio final de doenças renais crônicas. Já o segundo é o programa americano de saúde para indivíduos ou famílias comprovadamente de baixa renda, embora essa condição isolada nem sempre garanta direito ao seguro. Esses programas são gerenciados pelos *Centers for Medicare and Medicaid Services*, uma divisão do *US Department of Health and Human Services*, o departamento governamental americano responsável pela saúde (*Centers for medicare and medicaid services/ US department of health and human services, março de 2011*).

Nessa fase, a JCAH optou por reformular-se para evitar ser alvo da regulação governamental e, assim, também sofrer uma inspeção federal. Da mesma forma, a organização entendeu que seus padrões precisavam ser revitalizados para que ela recuperasse sua importância no processo em prol da qualidade. A estratégia adotada foi a de se aproximar do governo, nesse momento praticamente o seu maior concorrente, e garantir o acordo de que os hospitais acreditados por essa organização estariam isentos de inspeção federal e aptos a participar dos programas do governo.

Assim, a JCAH passou a participar e a depender, ao mesmo tempo, do sistema público de saúde, embora tivesse no Estado um concorrente, uma vez que os hospitais não eram e ainda não são obrigados a passar pelo processo de acreditação oferecido pela *Joint Commission*. Para garantir o reembolso do *Medicare* e do *Medicaid*, bastava que os hospitais estivessem de acordo com o preconizado nos requisitos propostos pela regulação que havia sido estabelecida (Scrivens, 1995a).

Em paralelo a essa movimentação, a JCAH ainda estabeleceu padrões de excelência como manobra para restabelecer o seu posto de líder nesse processo. O marco dessa virada foi o lançamento do Manual de Acreditação para Hospitais, em 1970. A padronização que havia se iniciado com poucos padrões estabelecidos (cinco padrões com orientações gerais) já aumentara de tamanho e abrangência em consequência das mudanças sofridas pelos hospitais, no período pós-Segunda Grande Guerra. Mas, agora, era representada pela metodologia da acreditação, retratada em um documento de 152 páginas contendo padrões e diretrizes (Roberts, Coale e Redman, 1987).

Scrivens (1995a) infere que o manual de 1970 foi um marco porque:

(...) signalled a move from minimum to optimum achievable Standards. And to some extent the drift (...) to professionalizing the quality of care began. The change heralded the birth of the quality movement in the health care. The emphasis shifted from protecting the doctor and the patient from poor administration to a different perception, in which health care was analysed from a systems point of view and quality became viewed as a function of the processes of care. (Idem:19).

A intenção parece ter sido a de elevar o *status* de qualidade da assistência e destacar-se do poder público, cujas exigências de funcionamento para as instituições não estimulava avanços na qualidade.

As mudanças também evidenciam o estabelecimento de um elo entre a acreditação e os mecanismos de financiamento dos serviços de saúde, no momento em que as certificações americanas passaram a ser usadas pelo governo dos EUA como subsídio em suas decisões de reembolso desses programas. Com isso, a *Joint Commission* passou a ser vista como parte do sistema público americano.

Em 1987, o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO com o objetivo de refletir a abrangência das atividades até então propostas pela JCAH. Nesse período, também foi lançado o programa *The Agenda for Change*, da *Joint*, cuja preocupação estava em enfatizar a *performance* organizacional, em si, das unidades de saúde, nos processos de acreditação (O’Leary, 1987; JCI, 2012). Para Scrivens (1995a), essa estratégia visaria observar a qualidade do ponto de vista dos resultados “Accordingly the JCAHO has embarked on an ambitious and expensive programme for developing clinical indicators which reflect hospital outcomes.” (Idem:93). Ressalte-se que o foco nos resultados não foi desenvolvido neste momento, mantendo-se a discussão sobre os processos.

Scrivens (1995a) sinaliza que, em 1995, 42 estados americanos aceitavam o certificado de acreditação da JCAHO para isenção de seus próprios processos de regulação. Na mesma época, de aproximadamente 7 mil hospitais, 77% tinham esse certificado de acreditação. A JCAHO era a empresa dominante nesse âmbito, mas o aumento de suas atividades relacionado ao fato de que ela não era a única a oferecer a acreditação faziam com que ela se movesse conforme qualquer grande empresa, buscando sempre o seu reposicionamento. Assim, essa instituição segue pelos anos 1980 e 1990 aprimorando-se e estreitando seus laços com as diversas esferas de governo em seu país (Roberts, Coale e Redman, 1987).

Suas atividades, que até então se davam nacionalmente, em 1994, passam a almejar o mercado mundial com a criação de um braço internacional, *Joint Commission International* – JCI, para que a acreditação pudesse ser ofertada fora dos EUA (JCI, 2012).

Em 2005, a OMS estabeleceu uma parceria com a JCAHO e a JCI e designou-as como *WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions*. O objetivo dessa parceria foi a promoção e o desenvolvimento de soluções de segurança para estimular os países membros a produzir relatórios sobre o assunto e a desenvolver sistemas que

permitted estabelecer *guidelines* sobre as situações de risco dos pacientes, nos ambientes de saúde mundo afora (OMS, 2010).

Atualmente, a JCI está em, pelo menos, 80 países e sua tarefa é, de acordo com a própria *Joint*, “cooperar com as instituições de saúde, ministérios da saúde e organizações globais” (JCI, 2012).

Ressalte-se que, além dessa expansão para o mercado internacional da acreditação, houve a preocupação da *Joint Commission* em obter a chancela da OMS não apenas para atuar em âmbito internacional, como algo desenvolvido para atender as preocupações da organização, mas também como uma forma de melhor avaliar seus produtos.

Essas estratégias, apesar do forte cunho mercadológico, não podem ser desconsideradas. Ao contrário de significarem um distanciamento da política, esses eventos, na realidade, só se produzem por meio de atuação política, como uma prática que interfere e se produz no âmbito das instituições e que se manifesta através dos interesses dos atores. Além disso, permitem identificar a JCI como um ator internacional com poder de barganha e pressão no âmbito dos sistemas de saúde nacionais.

Vale lembrar também que a acreditação ideal, tal como apresentada pela *Joint Commission*, é aquela à qual se adere voluntariamente e que preconiza conformidade com padrões de excelência. Tais características costumam respaldar suas estratégias de expansão mercadológica. Contudo, o seu crescimento dentro do próprio território americano significou atuar no campo da regulação para adquirir a chancela do governo dos EUA.

As definições da metodologia são, de certa forma, um exemplo concreto das transformações da acreditação. O Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003) explica a acreditação como:

(...) um processo no qual uma entidade, em geral não governamental, separada e distinta das instituições de saúde, avalia instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de requisitos concebidos para melhorar a qualidade do cuidado. A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são em geral considerados ótimos e acessíveis. A acreditação possibilita um compromisso visível por parte da instituição em melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro e trabalhar continuamente para reduzir os riscos para pacientes e profissionais (...)
(p. 1).

Para a OMS (2004), a acreditação é um processo de avaliação rigoroso, por meio do qual um grupo de avaliadores externos acessa a qualidade de sistemas e processos-chaves que compreendem uma organização de saúde. Mas a acreditação também inclui a avaliação dos cuidados que as organizações de saúde estão provendo em áreas que vão dos serviços preventivos à satisfação dos clientes.

A *performance* de cada organização de saúde é avaliada em comparação com um conjunto de padrões nacionais estabelecidos pela instituição junto com atores-chaves do sistema de saúde e financiadores envolvidos.

As organizações buscam de forma voluntária a acreditação por diferentes motivos, mas a maioria o faz como um esforço para aumentar suas participações de mercado, provar a satisfação dos clientes e garantir a reputação de seus profissionais. Nesse sentido, a acreditação também tem sido considerada pela OMS como uma credencial a mais para a qualidade da instituição (OMS, 2004).

A abrangência do entendimento do que seria a metodologia muda. Enquanto, no manual, a definição está restrita à aplicabilidade técnica da ferramenta, a OMS expressa uma compreensão ampla da metodologia que reconhece a atuação de atores importantes e a proximidade do uso da acreditação para questões além da qualidade, por exemplo.

Enfim, hoje o que é ofertado pela acreditação não se compara mais à simplicidade dos padrões elaborados para o PPH. A metodologia desenvolveu-se, desde o início do século XX, como reflexo da evolução dos hospitais e da própria medicina. As preocupações com a qualidade sempre estiveram presentes nesse processo, na medida do possível, e só evoluíram quando houve condições para tal. Entende-se que esse movimento sempre foi intermediado por questões políticas que foram moldando os arranjos para que se alcançasse o mínimo necessário ao estabelecimento do campo da saúde. Desde os primeiros padrões, utilizados pelo Programa de Padronização de Hospitais, o movimento foi estimulado e incentivou arranjos que influenciaram o seu desenvolvimento e a sua abrangência.

Primeiro, constatou-se que não apenas o campo do ensino médico necessitava de mudanças, mas também o campo hospitalar. A reformulação precisava transformar não apenas a qualidade da formação dos médicos, mas a qualidade dos ambientes nos quais eles iriam trabalhar. Supõe-se que, dessa forma, o impacto pretendido pela qualidade

teria uma abrangência e envolveria uma gama de atores que dariam ao processo uma importância ao ponto de ele ser financiado, tanto na educação quanto na saúde, pela mesma fundação, a *Carnegie Foundation*.

Os objetivos dessa fundação, quando da sua criação em 1905, anterior aos movimentos do Relatório Flexner e do PPH, voltavam-se para a classificação das instituições de ensino superior. Na época, os hospitais haviam alcançado o patamar de instituições de ensino, pois, apesar das péssimas condições, ofereciam um número expressivo de casos para estudos e pesquisa.

Depois, a ideia de avaliar os hospitais de acordo com padrões mínimos mobilizou a criação de uma entidade que pudesse organizar e estimular um movimento de caráter nacional. Quando os resultados foram ruins, foram destruídos. A barganha parece ter envolvido o entendimento de que os padrões deveriam ser os possíveis e o compromisso deveria continuar, pois a melhoria foi constatada, posteriormente, através de outro mecanismo: a ida dos médico ao CAC para a aquisição do *status* de médico cirurgião credenciado ao Colégio.

Ou seja, o processo institucionalizou-se, ganhou força e visibilidade em razão de uma rede de atores. Desenvolveu-se e reformulou-se por meio da oportunidade de aproximação dos ramos governamentais. Com isso, a instituição chegou ao patamar internacional e passou a ofertar padrões que garantem a aquisição do melhor desejável e não mais do melhor possível. O retorno seria a possibilidade de exibir uma determinada excelência. A acreditação passou a ser ofertada ao mundo como o mecanismo de viabilização de um eldorado da qualidade.

A peculiaridade americana

Para abordar a acreditação, faz-se necessário expor um pouco do contexto no qual ela nasceu, uma vez que esse se conforma para atender as peculiaridades inerentes aos modos de relacionamento entre o governo e a sociedade. A acreditação americana formou o primeiro sistema de acreditação¹². Portanto, essa foi a acreditação ofertada que, conseqüentemente, influenciou os modelos que surgiram posteriormente.

¹² A terminologia ‘sistema de acreditação’ refere-se a um conjunto de estratégias que compõem a adoção e aplicação da metodologia pelos países. No Brasil, o termo é utilizado nos documentos da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Diferente de boa parte dos sistemas de saúde nacionais, o americano tem maior ênfase em seu componente privado e é permeado pela lógica liberal assim como o são as negociações referentes aos direitos de sua sociedade. Esse entendimento favorece as transações privadas como mecanismo de desenvolvimento social e econômico. A contrapartida é a regulação do Estado.

A Constituição Americana dá às corporações e seus negócios uma autonomia que lhes permite obstruir a capacidade dos governos de resolver seus problemas. O desenvolvimento da política, dessa forma, em sistemas orientados para o mercado, fica constrangido pela possibilidade de interferir no desempenho dos negócios. Essa estrutura voltada às questões privadas gera um conservadorismo ideológico que também limita a ação política do governo. Nesse contexto, o entendimento é o de que as políticas públicas serviriam apenas para propiciar a acomodação dos que se encontram mais desprovidos.

No entanto, apesar do credo liberal, do individualismo e da competição, existe o debate sobre a responsabilidade, que remonta aos primórdios da constituição. Para que um governo seja responsável, ele deve ter condições de reagir de forma rápida e positiva para com as responsabilidades referentes aos desejos de seu povo (Lindblom, 1979; Kesler, 1999 e Kowaric, 2003). O federalismo americano constituiu-se para garantir a autonomia, as diferenças e a liberdade entre seus estados. Esses espaços criados entre as esferas e órgãos de governo permitem o uso de organismos privados como garantia de reformas e agilidade nas mudanças que encontrariam empecilhos burocráticos legais e propiciariam atritos políticos.

Aqui, mais uma vez, organismos como as agências encontram lugar e ainda abrem o caminho para que organizações privadas se coloquem como atores políticos importantes, tanto internamente quanto externamente.

A acreditação, no momento em que é ofertada por um organismo autônomo formado por profissionais liberais, encaixa-se perfeitamente nessa concepção de Estado e de sociedade. Sua prática é de cunho liberal e permite a concorrência de mercado, pois dela participa e depende. Da mesma maneira, serve como um mecanismo de *accountability* para o público-alvo desse mercado, oferecendo a transparência que supostamente garante o seu exercício de cidadania.

Nesse embate, o produto sobressai à sua ideia inicial. De mecanismo que busca a qualidade, a acreditação, ao defender sua sobrevivência no mercado, amplia o seu escopo e adota o viés que for oportuno, transformando a JCI em um ator de peso no contexto internacional. Nesse sentido, talvez possamos dizer que a acreditação assume um caráter imperialista ao expandir-se como a metodologia que melhor atende às necessidades de qualidade e transformação dos sistemas de saúde. A estratégia é a sugestão de que os países com organizações distintas podem se beneficiar do exemplo das experiências bem-sucedidas dos países hegemônicos.

Por conseguinte, é imperativo observar não apenas como se comporta o Estado americano, mas também as suas aspirações econômicas e os anseios de sua sociedade para entender o seu impacto no campo do poder e a sua pressão sobre os campos correlatos e subsequentes. Dessa forma, pode-se perceber todos os aspectos atrelados à decisão de aquisição de uma “simples” ferramenta da qualidade. Entende-se que a ferramenta carrega consigo questões sutis que dizem respeito à situação na qual se encontra o contexto em que ela espera atuar e ao qual pretende transformar.

Ou seja, entendemos a acreditação em um contexto de oferta de ideias com estratégias políticas que reforçam a utilização e a adequação dessa ferramenta pelos diferentes sistemas nacionais de saúde. Por isso, existe também a possibilidade de disputas de poder. Os EUA ofertam, mas isso não quer dizer que um país vá, simplesmente, adotar a metodologia. Existem as negociações, as interações e as políticas que intermediarão a integração dessas ferramentas, e isso vai explicar os distintos modelos, os distintos modos de recorrer a essas ferramentas e os modos de desenvolvimento e compatibilidade com as realidades nacionais.

A metodologia também só é ofertada pois apresenta uma consistência inerente ao seu processo de desenvolvimento. A acreditação é consequência do desenvolvimento dos hospitais americanos. Começou e progrediu com eles. É importante frisar que seus padrões iniciais eram os mínimos, ou seja, os possíveis de serem alcançados. Hoje, eles almejam a excelência. Essa mudança de patamar aconteceu porque, além da JCAHO precisar se destacar dos padrões adotados pelo governo americano, os hospitais já atendiam aos padrões mínimos. Encontravam-se preparados.

No início da década de 1900, ficou clara a baixa qualidade do setor saúde americano. Tanto o ensino médico quanto o ambiente hospitalar da época apresentavam

situações díspares entre as várias instituições. Com base em tais observações, esses ambientes iniciaram uma grande reformulação, a partir de critérios sugeridos por seus respectivos profissionais, e passou-se a buscar excelência nesses dois contextos.

Como os EUA privilegiavam um modelo assistencial com foco no hospital e na assistência médica altamente especializada, a reformulação do hospital passou a consumir mais investimentos e aliou as preocupações com qualidade às de financiamento.

Nessa fase, ocorreu a primeira experiência de aplicação de padrões de qualidade nos hospitais. O fato demonstrou a baixíssima qualidade das instituições hospitalares da época e, por isso, teve seus resultados queimados, sob a justificativa de não alarmar a sociedade (Roberts, Coale e Redman, 1987; Scrivens, 1995).

Percebe-se que houve êxito em iluminar a precariedade do ambiente que estava consumindo investimentos, tanto que foi feito um acordo de destruição desse primeiro resultado para não chocar a sociedade em questão. O fato é um indício de que adotar uma metodologia qualquer em prol da qualidade tem mais significados que o do mero *status* de qualidade.

A própria criação e adoção dos padrões envolve questões que vão além de sua mera existência. No caso da acreditação, eles foram criados por médicos cirurgiões preocupados não apenas com o bem-estar dos pacientes, mas com os seu próprio. Soma-se ainda o fato de que as salas sem condições adequadas e o hospital desorganizado impactavam negativamente o desempenho desses profissionais.

Esses padrões mínimos foram estabelecidos com base no conhecimento técnico desses profissionais, de acordo com objetivos que eles pretendiam alcançar. Nenhuma outra categoria profissional cujo trabalho também era desenvolvido no hospital foi consultada e, portanto, contemplada pelas metas propostas.

O padrão que define um *status* embute o poder de impor o que pode e o que não pode. Conseqüentemente abala interesses e gera conflitos que podem ou não se resolver através de barganhas. No caso do PPH, houve o consenso de que o melhor seria não alarmar a população, não fechar, nem expor as unidades de saúde. Além disso, ele entendeu que os padrões deveriam ser os possíveis, logo, os mínimos. Dessa forma, não se assustou a população, nem os dirigentes dos hospitais.

Desde o estabelecimento dos primeiros padrões utilizados pelo PPH, o movimento foi estimulado e estimulou arranjos sem os quais nenhum processo deslancharia. Ou seja, desde o início das preocupações com a qualidade da saúde nos EUA, o processo é intermediado por questões políticas que vão moldando arranjos para alcançar o mínimo necessário para que o campo da saúde estabeleça-se e tenha potencial de desenvolvimento.

Entende-se que essa primeira experiência americana resultou em um acordo entre a associação médica, responsável na época pela iniciativa em prol da qualidade baseada em padrões, os dirigentes dos hospitais, os investidores, os compradores dos serviços e os representantes da sociedade. Um acordo que envolveu uma decisão política sobre o que seria melhor expor naquele momento, independente do que se constatou, e que também permitiu invocar o desejo à participação voluntária em um mecanismo em construção que havia, logo em sua primeira experiência, demonstrado a precariedade geral das instituições hospitalares.

A percepção de que a adoção de padrões envolve questões corrobora a ideia de que a acreditação é permeada por ações políticas e constitui-se fruto de estratégias de poder.

Agora, por que olhar os EUA para entender a acreditação? Porque, além de ela ter a nacionalidade americana, a metodologia só pode ser ofertada por conta desse país estar na esfera das nações que compõem o equilíbrio hegemônico. Logo, está inserido em um sistema-mundo¹³ que estabelece relações entre países com maiores e menores poderes políticos e econômicos, mesmo por meio de ações cujos impactos nos pareçam mínimos.

Vale lembrar que a briga por poder não é recente e sempre esteve relacionada às suas possibilidades de manutenção e/ou aumento. Durante as várias fases da história, o mundo reconfigurou-se pelas conquistas e alianças em prol desse *status* de poder. Portanto, as diversas dimensões das relações que estimulam ou constroem as ações das nações estão sempre presentes em tudo o que se oferta ou se decide internalizar, entre os que constituem o sistema-mundo.

¹³O termo ‘sistema-mundo’ é empregado por Immanuel Wallerstein com o objetivo de entender os países como partes integrantes de um macro sistema social, como um organismo, cuja existência é explicada pela tensão entre as forças conflitantes de cada grupo. Forças que se modelam e remodelam no tempo, de acordo com a eterna busca desses grupos por vantagens.

Sob esse ponto de vista, facilita-se a percepção de que é impossível avaliar determinadas questões, internas aos países, sem considerarmos as dimensões política, social e econômica, abstraídas de hierarquia, uma vez que foram as tensões entre elas que permearam a constituição dos Estados como os conhecemos atualmente e que permeiam os estágios de organização dos sistemas nacionais.

Em termos de sistema-mundo, os EUA estabeleceram o mecanismo das agências internacionais. A tentativa de constituir-se um diálogo internacional não é recente. Desde o pós-Primeira Guerra, houve a experiência frustrada de se estabelecer a Liga das Nações. Mas esse exercício de articulação global propiciou a constituição das Organização das Nações Unidas - ONU, no pós-Segunda Guerra, e das diversas agências que nasceram em seu entorno. Esses organismos, apesar de independentes, tinham suas sobrevivência e desempenho atrelados aos financiamentos e/ ou doações dos países membros.

Essas ações de desdobramento de mecanismos que pudessem comungar nos mesmos princípios que regiam a lógica de organização interna aos EUA desenvolveram-se praticamente em conjunto com o desenvolvimento da própria nação americana e, por isso, conferiram-lhe uma determinada centralidade e hegemonia. Dessa forma, os EUA se veem em lugar privilegiado na oferta de ideias em geral e em torno de padrões para a qualidade da assistência à saúde.

As atuações das agências nos sistemas nacionais aconteciam atreladas a condicionantes que tomavam a forma ora de empréstimos a serem pagos, ora de sugestões de estratégias que, se adotadas, prometiam o alcance de determinadas situações idênticas aos estágios nos quais se encontravam os países em situações econômicas mais avançadas.

Ou seja, considerando o sistema-mundo, entende-se que as ajudas oferecidas pelos organismos internacionais fazem parte de estratégias cujo objetivo é manter a tensão do sistema num determinado equilíbrio que lhes convenha. Ajudas que serão inseridas nos contextos nacionais e que permearão as questões de âmbito nacional, uma vez que são condicionadas por expectativas a serem atendidas. Portanto, as relações políticas, econômicas e sociais que dão forma ao mundo que conhecemos hoje não devem ser ignoradas, pois permitem modos de dominações sociais e políticas que podem se expressar tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Por isso, consideramos importante refletir sobre as possibilidades de associação entre a atuação das agências internacionais e as estratégias dos diversos governos que disputam a hegemonia mundial. A existência dessas agências corrobora com a ideia de um mundo interligado, cujo movimento pode vir a influenciar os sistemas nacionais em suas orientações e implicar constrangimentos para as economias em maturação.

Ao mesmo tempo, refletir sobre essas relações no sistema-mundo ajuda-nos a perceber a hegemonia como um momento durante o qual um determinado país consegue uma coesão de fatores favoráveis à manutenção de um equilíbrio de poder que reforça o livre comércio, desde que a seu favor.

Assim, perceber como os países desenvolvidos elaboraram suas políticas e estabeleceram suas estratégias, na construção de suas relações externas, no contexto macro, pareceu-nos importante. Existem as composições, as articulações, entre os países, na coordenação das agências internacionais que vão ofertar as ajudas, os aconselhamentos. A sobrevivência dessas organizações está atrelada à boa vontade dos doadores de recursos que esperam algum tipo de retorno.

Entretanto, como esse exercício excederia os limites deste trabalho, escolhemos observar a acreditação como uma estratégia política eficaz. Ainda que os EUA tenham uma grande influência e um poder de pressão pela questão econômica, a oferta de ideias justifica-se pela técnica reunida e carrega consigo questões de poder, referentes ao saber, que, ao adentrar os países, passa por um processo de negociação, com maior ou menor autonomia, mesmo no Brasil.

Os contextos nacionais não se encontram em situação estática e similar entre os países. Cada região do planeta encontra-se em uma fase distinta de organização. As necessidades são diversas e as relações entre os componentes público e privado são diferenciadas e nem sempre compatíveis com as demais realidades nacionais.

O impacto, no contexto macro, das exposições de situações díspares pode vir a ser tão gritante que talvez venha a obstruir a situação do contexto local. O fato pode permitir ações punitivas que só venham a agravar, ainda mais, as questões locais, já debilitadas, mascarando um estímulo, talvez não tão nobre, no momento em que o aparentemente ótimo sugere a extinção do péssimo, em prol da excelência.

A atuação do Estado americano e a maneira como o seu sistema de proteção é organizado corroboram com a ideia de que o liberalismo é a melhor solução para os problemas no campo da saúde. Nos países que adotaram outros tipos de organização da proteção social, a saúde recebe outros tratamentos, com outros parâmetros e espaços de discussão.

Portanto, para pensar na acreditação, é preciso pensar de uma forma que permita considerar as relações que a constituíram, modificaram, e são afetadas por ela. Tem-se que pensar a acreditação não como um mecanismo, uma ferramenta, mas como algo que se constituiu em um campo de saberes que impacta outros campos e subcampos. Que representa poderes, tensiona realidades e é por elas tensionada.

A decisão do que configura a acreditação, dos padrões que ela utiliza e de como ela deve ser introduzida no contexto que se pretende modificar depende das relações que ela tem com quem a adotou, a modificou, ou não, e decidiu quando e onde ela deveria ser implementada. Com base nessas relações, a adoção da acreditação pode ter vários objetivos, nem sempre tão claros, que podem ou não ser barganhados. Tudo vai depender da decisão política por trás da ação de adotá-la.

Capítulo 2

A difusão da acreditação no mundo

Para compreender a difusão da acreditação no mundo, foram feitos dois movimentos. O primeiro buscou identificar a associação entre a acreditação e a organização de sistemas de saúde¹⁴. O segundo procurou reconhecer a experiência da acreditação no mundo por meio de algumas agências internacionais não necessariamente especializadas na área da saúde, mas que se movimentaram de forma relevante no campo.

A busca de associação entre a acreditação e a organização de sistemas de saúde foi feita a partir de uma revisão integrativa da literatura, que reuniu inicialmente 468 artigos nacionais e internacionais. A leitura e análise de 36 desses artigos¹⁵ permitiu a identificação da trajetória da acreditação, em suas diversas fases, assim como permitiu conhecer algumas das experiências de implementação da metodologia e as consequências dos distintos objetivos que direcionaram a sua adoção.

A revisão ratificou que a acreditação percussora foi a americana e dela resultaram, primeiramente, as creditações canadense e australiana, com as mesmas características embrionárias. Ou seja, o primeiro passo da acreditação, em âmbito internacional, foi em direção aos países de língua inglesa.

Ellie Scrivens, uma das principais analistas da acreditação no mundo, também reforçou essa observação e analisou a acreditação sob a ótica de um grupo formado pelos países anglofônicos, pois considerou que esses sistemas, que se desenvolveram a partir da acreditação americana, mantiveram algumas de suas características, acompanharam o seu desenvolvimento e cooperaram com a disseminação da metodologia no mundo (Scrivens, 1995a, 1995b).

Scrivens considera ainda que, no Reino Unido, a acreditação desenvolveu-se posteriormente e de forma distinta, uma vez que não se configurou um sistema único de

¹⁴ Esse trabalho gerou o artigo: Fortes MT, Baptista TWF. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4).

¹⁵ Todos os passos metodológicos referentes a revisão integrativa da literatura estão expostos no artigo mencionado na nota de rodapé 14.

acreditação. Ainda assim, entende que a região pertence ao bloco anglofônico, pois, além do idioma, compartilhou das características da metodologia americana. No nosso caso, abordaremos o Reino Unido mais à frente.

A autora concluiu que esse bloco de países aprimorou o sistema de acreditação de uma forma que se sobressaiu a de qualquer outro país. Mas a observação desse bloco também deixou evidente discrepâncias marcantes no desenvolvimento da metodologia, dando ênfase à necessidade de considerar os contextos político, econômico e social no qual atuará.

O primeiro país anglofônico a interagir com os EUA foi o Canadá, que participou do movimento incipiente dos EUA em prol do desenvolvimento dos campos da educação e da saúde, quando a qualidade de ambos foi questionada, no início dos anos 1900. O Canadá participou tanto da pesquisa que se concluiu com o Relatório Flexner quanto da primeira avaliação dos hospitais através do PPH.

A experiência com padrões nos EUA evoluiu, institucionalizou-se e transformou-se na metodologia da acreditação na década de 1950, com a criação da JCAHO, da qual o Canadá também participou com a Associação Médica Canadense. O país foi o segundo a aderir à acreditação.

Entretanto, em 1953, o Canadá separou-se da JCAHO e criou o seu próprio programa de acreditação, com o estabelecimento do *The Canadian Council on Hospital Accreditation* - CCHA. O intuito foi o de adotar um programa que “fosse mais particularmente a verdadeira abordagem quebequiana” (Segouin, 1998, p.65), refletindo as necessidades do recém-estabelecido sistema de saúde nacional. Em 1988, o CCHA passou a ser conhecido como *Canadian Council on Health Facilities Accreditation* - CCHFA.

Assim como a JCAHO, o organismo é independente e a sua história é de uma expansão regular. A acreditação proposta também se iniciou com padrões mínimos e acompanhou o desenvolvimento do sistema nacional de saúde ao ponto de poder passar a oferecer padrões de excelência. Da mesma forma, o desenvolvimento do CCHFA parece ter acompanhado o desenvolvimento da própria JCAHO, contudo sem o perigo da competição com outros órgãos acreditadores ou com o governo. Diferentemente da JCAHO, o CCHFA foi reconhecido oficialmente, em 1958, como a única organização

com autoridade para acreditar hospitais no Canadá, detendo, dessa maneira, o monopólio da atividade.

Destaca-se que o movimento no Canadá ganhou contornos institucionais vinculados ao Estado, reforçando a tese da acreditação articulada à política de Estado. Mostrou também a especificidade de uma opção política daquele sistema de saúde, fortemente regulador da atuação privada e com compromisso público de um sistema universal que optou por adotar um único órgão acreditador.

Já o primeiro contato da Austrália com o que viria a ser a acreditação americana deu-se em 1926, quando esse país atendeu ao pedido do *Australian Branch of the British Medical Association* e financiou um estudo sobre a possibilidade de introdução do sistema americano na Austrália e na Nova Zelândia. O desenvolvimento da pesquisa foi feito pelo responsável do PPH, oferecido pelo CAC, mas, como ao final a introdução do Programa não foi recomendada, não houve interesse.

Depois disso, várias tentativas foram feitas, sem sucesso, no sentido de estabelecer algum tipo de programa ou sistema de acreditação na Austrália. Na realidade, um comitê ministerial chegou a sugerir que os padrões deveriam ser preocupação legal e não de um órgão independente.

O assunto foi retomado em 1959, por meio da associação médica australiana, que decidiu fomentar a ideia. No entanto, só em 1974 criou-se um sistema de acreditação, com base nos padrões americanos e com o apoio do governo australiano, chamado *The Australian Council on Hospital Standards*, posteriormente nomeado *Australian Council on Healthcare Standards - ACHS*. Os governos estaduais admitiram a acreditação como útil e sua adoção foi estimulada pelas agências governamentais, refletindo o objetivo de padronizar a provisão de serviços, que evoluía de maneira diferente pelo país (Scrivens, 1995b).

Para a criação do ACHS, houve incentivo do *The Royal Clinical Colleges - RCC*¹⁶ (Scrivens 1995a e 1995b) e da Fundação Kellogg¹⁷ (Scrivens 1995a e 1995b; OMS/ISQua 2003) nas fases iniciais, de tentativas de implementação da acreditação.

¹⁶ O RCC é uma corporação médica inglesa criada na década de 1970 para discutir as atividades do departamento de saúde, responsável pelas estratégias e políticas voltadas para o *National Health System - NHS*, o sistema de saúde nacional inglês. Sua atuação se restringe ao Reino Unido e sua participação em prol do estabelecimento da acreditação na Austrália não fica clara nas leituras.

Nesses três países – EUA, Canadá e Austrália – a abordagem da acreditação é basicamente a mesma, mas as relações da metodologia com os governos, as regulações, o financiamento e o próprio sistema de saúde são distintos. Por exemplo, assim como a JACHO, o CCHFA e o ACHS são organizações independentes, mas, ao contrário da JCAHO, as duas outras organizações tiveram algum apoio de seus respectivos governos. O estabelecimento da instituição canadense, o CCHFA, teve apoio direto de seu governo, enquanto o ACHS australiano tem, entre seus membros, representantes do governo, além disso, recebe financiamento público para dar continuidade ao seu trabalho.

A JACHO não teve apoio do governo americano. Contudo, soube aproveitar a vantagem de ter sido a primeira organização acreditadora desenvolvendo-se e mudando rapidamente, como uma maneira de evitar concorrência e manter sua posição no mercado (Scrivens, 1995a).

Nesses países, o desenvolvimento da acreditação refletiu as preocupações dos governos com a qualidade. A motivação foi a falta de controles de qualidade para os seus programas¹⁸. Mas um fato importante é que as três instituições – JCAHO, CCHFA e ACHS – tiveram o apoio de associações e comitês de profissionais médicos, o que lhes conferiu um lugar importante na arena política de seus respectivos sistemas de saúde.

A participação dessas instituições na arena de formulação de políticas para a saúde explicitou as pressões internas e externas aos contextos nacionais, presentes nos diferentes processos de acreditação, e as influências que sofrem de outras realidades e outras arenas.

¹⁷ A Fundação Kellogg é um organismo americano, criado em 1930. Inicialmente com foco em nutrição, proteção e criação de oportunidades para as crianças, passou a atuar na área da saúde concernente às crianças das áreas rurais, ainda nesse período. Durante os primeiros anos da Segunda Guerra, a fundação expandiu o território de sua atuação com um programa de distribuição de 450 bolsas de estudo para profissionais de saúde na América Latina e, em seguida, para o hemisfério sul.

Em 1955, a organização passou a focar as demandas deflagradas pela guerra e voltou-se para temas considerados importantes, como a necessidade de mais enfermeiras, administradores da saúde e cursos técnicos. Na década de 1980, a Fundação passou a atuar na África do Sul e foi considerada uma das maiores filantrópicas do mundo.

A mudança de *status* da Fundação, de instituição nacional para internacional, permitiu que ela atuasse como um mecanismo de difusão de conhecimentos no campo da saúde mundial, com foco na acreditação. Sua atuação é exemplo de uma estratégia de oferta e incentivo à adoção dessa ideia americana que é a metodologia.

¹⁸ Vale lembrar que, no caso americano, a metodologia passou a nortear as definições de financiamento e a representar um aval da qualidade pretendida pelo governo para os seus programas *Medicare* e *Medicaid*.

Nos relatos sobre as modificações sofridas pela metodologia para atender as necessidades de adequação aos contextos nacionais e evitar uma possível concorrência, transpareceu, por exemplo, a dimensão de mercado de acreditação. Em especial, no caso americano.

Também é preciso destacar que as preocupações com a qualidade nos sistemas de saúde do grupo anglofônico apresentam como eixo da metodologia sua análise contínua e ininterrupta, condição para a definição dos padrões. Todavia, percebe-se que existe uma incompatibilidade entre a acreditação que utiliza padrões, implicando uma definição de qualidade que depende de situações fixas e pode ser alcançada, e a noção de qualidade, que implica um processo contínuo e ininterrupto, chamado de movimento da qualidade (Scrives 1995b; 1997; 1998b; 2002).

Apesar das semelhanças entre os modelos de acreditação anglofônicos, destaca-se que esses sistemas de saúde estão mudando para a avaliação da qualidade com base nas experiências dos que recebem os cuidados, embora estejam em estágios distintos desse processo.

Com a análise das mudanças sofridas pela metodologia nos países anglofônicos, reunimos elementos para discussão da ferramenta de forma abrangente e passamos a compreender a difusão da acreditação para o restante do mundo a partir da percepção da existência de momentos de incorporação da acreditação e da mobilização de várias instituições que lideram a política de saúde nos países. No entanto, também ficaram claras as diferenças no conteúdo dos debates correlacionadas aos momentos em que se incorporou ou, ao menos, se apresentou a acreditação aos sistemas nacionais.

A discussão diferencia-se entre as décadas, de acordo com as regiões e seus momentos de desenvolvimento econômico (Quadro 1). Nos anos 1980, esses países passaram a produzir estudos que visavam à divulgação da metodologia pelo mundo. Apenas nos anos 1990 e 2000, surgiram estudos apresentando o debate da acreditação relacionado às preocupações dos governos com a qualidade em saúde.

Além das fases de evolução da acreditação no mundo, a revisão da literatura também contribuiu para a percepção da promoção da acreditação americana e a abordagem da metodologia pelos diferentes sistemas de saúde, bem como a incorporação dessa metodologia às diretrizes governamentais voltadas a esses sistemas.

Quadro 1: Conteúdos trabalhados nos estudos selecionados por região/países, anos 1970 - 2000

REGIÃO/PAÍSES	ANOS 1970	ANOS 1980	ANOS 1990	ANOS 2000
EUA, INGLATERRA, CANADÁ e AUSTRÁLIA	Desenvolvimento da metodologia	Difusão da metodologia para os países	Ampliação do escopo e ampliação dos critérios para acreditação	Ampliação do escopo e ampliação dos critérios para acreditação
EUROPA (Espanha, França)		Introdução da metodologia	Introdução da metodologia e discussão sobre dificuldades	Discussão sobre adequações e modificações
AMÉRICA LATINA e CARIBE			Apresentação e introdução da metodologia	Questões técnicas sobre a implementação e a aplicação da metodologia
ÁSIA				Questões técnicas de apresentação e introdução da metodologia

Fonte: Elaboração da pesquisa, apoiada na revisão bibliográfica.

A literatura internacional possibilitou constatar que o debate da acreditação está, de fato, presente em todo mundo, ganhando espaço gradativo desde os anos 1990. Os artigos referem-se a diversos países como: Japão, Zâmbia, Índia, Líbano, México, Argentina, Chile, Brasil, França, Inglaterra, Espanha, Polônia, Bulgária, etc. Além disso, apontam para a participação de diversos atores, com interesses distintos na discussão: o governo, por meio de seus ministérios de saúde; as associações de profissionais; os organismos em prol da qualidade – como a JCI e a ISQua – e agências americanas como a Usaid. Ou seja, a acreditação é uma questão que mobiliza várias instituições que lideram a política de saúde nos países.

Entretanto também se evidenciou que existem diferenças importantes no teor das discussões, com variações nos países condizentes com o momento de incorporação da acreditação por cada um deles.

Após o sua consolidação nos países anglofônicos, a acreditação estabeleceu-se na Europa, anos 1980, quando estiveram em curso processos iniciais de incorporação da metodologia. Nas últimas décadas, nessa região, a discussão divulgada tem por base a revisão do processo e as sugestões para modificações de acordo com as diferentes intenções dos diversos atores envolvidos no processo.

Assim, os estudos têm como foco, nesse primeiro momento, a discussão a respeito da introdução da acreditação, e passam a apresentar, nos anos 1990, as dificuldades na adequação da metodologia às realidades desses países, apontando para a necessária revisão do processo. Nos anos 2000, o debate foi feito em torno das adequações necessárias, com sugestões para modificações na metodologia, de acordo com as diferentes intenções e os objetivos dos diversos atores envolvidos.

Na produção da América Latina e Caribe - ALC, o tema da acreditação apresentou-se, nos anos 1990, com a introdução da metodologia na região. Por conta do estágio inicial dessa metodologia, os textos enfatizam os aspectos técnicos da acreditação e os mecanismos para sua difusão. Destaca-se a atuação da Opas e o argumento da acreditação articulado à meta da *Saúde para Todos no ano 2000* (Novaes 2007; Paganini e Novaes, 1992). A metodologia apresenta-se como uma estratégia de articulação do hospital com os sistemas locais de saúde - Silos e, conseqüentemente, com a atenção primária (Paganini e Novaes, 1992). Toda a retórica dos textos está voltada à afirmação da acreditação como um mecanismo importante, a fim de que os governos tenham sucesso no desenvolvimento de seus sistemas de saúde.

Nesse período, a acreditação insere-se no debate da organização do sistema de saúde brasileiro sob influência da Opas, cuja prioridade era o desenvolvimento da infraestrutura de saúde, com as primeiras experiências de adequação da metodologia à realidade hospitalar (Paganini e Novaes, 1992; Feldman, Gatto e Cunha, 2005; Fortes, 2007; Novaes, 2007; Fortes, Mattos e Baptista, 2011). Sua incorporação efetiva-se para atender às demandas de controle da qualidade, e as instituições de saúde, tanto as públicas quanto as privadas, estão buscando a certificação com base nas sugestões de que esse processo é benéfico, mesmo quando seus resultados não são tangíveis. Da mesma forma, alguns autores (Novaes, 2007) colocam seu desejo de que os repasses do Sistema Único de Saúde - SUS sejam apenas para hospitais certificados.

Os últimos países a entrar no debate foram os da Ásia. Os primeiros artigos sobre a região datam dos anos 2000 e ainda se referem ao momento de introdução e aplicação da metodologia, com relatos e impressões do primeiro contato com a teoria explicativa do que seria a acreditação. Ou seja, as discussões são mais recentes do que as da ALC e ainda muito incipientes.

O que há de comum na quase totalidade dos artigos, independente da região/país à qual se refere, é a discussão em torno das táticas de expansão e a afirmação da metodologia, com o reconhecimento do valor da aproximação de atores importantes na arena política “para que a implementação seja reconhecida como uma força irreversível” (Novaes e Paganini, 1992, p.7) em sua fase incipiente. Os artigos dos anos 2000 trazem a tônica dos resultados, da segurança e dos direitos dos pacientes. Com isso, a acreditação é apontada tanto como uma ferramenta de avaliação quanto como um mecanismo para *accountability* (Scrivens, 1995b; 1997; 1998b) do sistema, apresentando-se atraente aos diversos atores no contexto dos sistemas de saúde.

A história contada nos diferentes países reflete uma incorporação da metodologia para atender às necessidades dos governos, tanto para o controle da qualidade quanto para a definição de padrões nos serviços de saúde e em sua regulação. As várias experiências de adoção da metodologia tiveram resultados distintos. No entanto a articulação entre acreditação e organização dos sistemas de saúde ficou evidente, como veremos a seguir.

A diversidade das experiências de acreditação

Na França, o processo de incorporação da acreditação no sistema de saúde esteve associado diretamente à qualidade. A metodologia foi estabelecida em lei e tornou-se obrigatória aos diferentes serviços de saúde. O processo constituiu-se pautado em uma adaptação da metodologia compatível com a cultura institucional, articulado à gradativa melhoria da qualidade (Giraud, 2001; Pomey, François, Contandriopoulos, 2005 e Touati e Pomey, 2009).

A acreditação, como ferramenta regulatória do Estado, também se apresentou em países como o Líbano. Nesse caso, o processo foi desenvolvido e implementado por meio de uma ação do Ministério da Saúde com assistência de consultores holandeses. A

política de Acreditação de Hospitais é usada como regulação, com base no sistema de pagamentos (El-Jardali, 2007).

A defesa da acreditação é recorrente nos documentos lidos, mesmo quando as evidências expostas não são favoráveis à metodologia. Por exemplo, em um artigo sobre o sistema de saúde japonês, primeiro no *ranking* da qualidade em saúde, em termos da realização dos objetivos gerais propostos pela OMS, em 2000, apesar do baixo número de padrões, sete, com os quais é preciso ter concordância, dos 9.286 hospitais, apenas 577 (6,2%) estavam acreditados pelo *Japan Council for Quality Health Care - JCQHC* em 2001. Além disso, dos 15.003 casos de má prática médica, ocorridos no período de dois anos, em 82 hospitais, 2.926 (19,5%) aconteceram em um desses hospitais certificados pelo JCQHC.

No Japão não existem incentivos externos, regulatórios ou financeiros, para que haja adesão à acreditação, que foi considerada inadequada pelos pesquisadores. Mesmo assim, é feita a sugestão de aproveitar a existência do JCQHC, pois existe um “sentimento” de que a acreditação, com os incentivos certos, poderia vir a ser benéfica para a qualidade do sistema de saúde japonês (Hirose et al. 2003).

Parece-nos questionável a defesa da acreditação num país cujas taxas, não apenas na saúde, mas em várias outras questões como drogas, educação, crimes etc., são de alto padrão. Os pesquisadores consideram a metodologia inadequada, no entanto ela acontece.

Na Espanha, primeiro país no continente europeu a adotar a metodologia, a acreditação iniciou-se restrita à Catalunha, comunidade autônoma com maior importância econômica do país. Aderia-se ao processo voluntariamente, embora os hospitais que desejassem ter contratos com o Serviço Catalão de Saúde – SCS devessem estar acreditados. Um dos resultados desse processo incorreu em fechamento ou reconversão de 20% das unidades hospitalares existentes, apesar dos padrões considerados medianos. Em outro momento, a metodologia agiu como meio de confrontar a crise financeira pela qual a região passava, utilizando-se padrões possíveis de serem alcançados.

Outro exemplo interessante é o caso da Índia, onde a acreditação foi recomendada sem o conhecimento da metodologia, indicada como um mecanismo que poderia garantir a qualidade do setor privado dos serviços de saúde em países de baixa

renda. O estudo relata o processo de divulgação da acreditação no país, através de exposição, durante o desenrolar de entrevistas presenciais, sobre a metodologia, bem como propõe a possibilidade de um viés sugestivo, com relação às benesses da ferramenta, e uma boa vontade dos entrevistados, sem um tempo para reflexão e experiência na utilização da metodologia. Nesse país, a discussão sobre a acreditação ainda é imatura, em razão do pouco conhecimento e entendimento que se tem sobre a ferramenta (Nandraj et al., 2001).

Já no Reino Unido, o movimento de introdução da acreditação não conseguiu se destacar das relações contratuais que estipulavam as condições entre financiamento e funcionamento das unidades de saúde. O resultado foi um sistema disperso de organismos acreditadores e uma percepção de que adotar a metodologia seria praticamente uma redundância.

No reconhecimento desse movimento da acreditação no mundo, explicitado na revisão da literatura, evidenciou-se sua apresentação como uma questão que tem mobilizado várias instituições que lideram a política de saúde nos países, expandindo-se e modificando-se também pela pressão dos governos.

O fato deu bases para o segundo movimento de aproximação com o tema, que procurou analisar as iniciativas em prol da acreditação no contexto de algumas agências internacionais no âmbito da saúde. Essa fase iniciou-se com a exploração do tema no contexto da OMS. Atualmente, essa instituição é importante no campo da saúde mundial, pois coopera com os sistemas nacionais de saúde por meio de discussões técnicas, relatórios e orientações. A partir daí, ficou evidente a participação de outros organismos internacionais como a Opa e o BM no campo da saúde, cujas discussões sobre qualidade influenciaram de alguma forma, pelo menos desde os anos 1980, os debates no contexto brasileiro sobre o sistema nacional de saúde.

Vale destacar que em alguns casos, atores importantes no campo das discussões sobre as políticas de saúde, no Brasil, tiveram atuação nessas instituições, possibilitando uma aproximação entre as estratégias ofertadas e as atuações no campo da saúde brasileiro.

A atuação das agências internacionais na difusão da acreditação

A ideia da criação da OMS deu-se na época da constituição da ONU, no pós-Segunda Guerra. Nesse período, já existiam organizações internacionais focadas na saúde, como o *International Sanitary Bureau*, em Washington, hoje conhecido como Opas; o *L'Office International d'Hygiène Publique* – OIHP, na França; o *The United Nations Relief and Rehabilitation Administration* – UNRRA, proposta pelos EUA, que esteve pouco tempo em atividade; e o *The Health Organization of The League of Nations*, na Suíça. Contudo, essas organizações tinham atuações restritas a determinadas regiões e funções.

Na época, da mesma forma que ocorreram demandas criadas pela devastação da guerra, aconteceram os avanços tecnológicos que modificaram a saúde e as relações entre os países. Posta essa situação, sentia-se a necessidade de um organismo que, além de assumir as responsabilidades dos organismos existentes, fosse capaz de ampliar o escopo dessa atuação no campo da saúde, no mundo. Assim, aconteceu a sugestão, dada pelo Brasil, em conjunto com a China, para a criação de uma agência internacional, voltada para a saúde mundial, vinculada à estrutura da ONU e capaz de lidar com o maior intercâmbio das doenças, deflagrado pelos avanços nos transportes (OMS, 1947).

A Constituição da OMS entrou em vigor em 1948, sob as diretrizes da ONU, com a intenção de elaborar ações de colaboração internacional na saúde. Atualmente, a OMS considera-se responsável pela liderança nos assuntos referentes à saúde global, formulando as agendas de pesquisa, estabelecendo normas e padrões, articulando opções de políticas baseadas em evidência, provendo suporte técnico para os países, monitorando e avaliando as tendências na área da saúde (www.who.int).

A expectativa era de que a organização pudesse ter tratado de algum debate sobre as ferramentas específicas em prol da qualidade da saúde, por conta de ser uma agência especializada em saúde, preocupada em ofertar estratégias nesse campo.

Da análise feita nos documentos pertinentes à OMS, buscamos evidências sobre o possível envolvimento da organização com o tema da acreditação, a partir do período que se iniciou em 1998, pois, no relatório desse ano, a palavra “qualidade” apareceu pela primeira vez em quantidade significativa, 96 vezes (Quadro 3, Anexo I), enquanto o tema “sistemas de saúde” apareceu menos vezes, 28, se comparado aos relatórios dos anos posteriores. Nesse relatório, a palavra “acreditação” ainda não apareceu.

O Relatório de 1998, ano do 50º aniversário da OMS, *Life in the 21st century: a vision for all*, focou o exame das tendências de saúde dessas cinco décadas e, na época, previu como as condições de saúde influenciariam a expectativa de vida. Além disso colocou que as ferramentas para a melhoria de ambas, saúde e vida, seriam desenvolvidas até o ano de 2025.

A qualidade à qual esse relatório se refere de forma consistente está relacionada à “qualidade de vida”, cuja incidência foi de 31%. O restante das vezes, o tema da qualidade aborda questões como as condições dos idosos, da saúde das mulheres, das drogas e da água potável, e pouco permeia as questões referentes aos sistemas de saúde. Essas representam apenas 18% das vezes em que a palavra “qualidade” apareceu e apontam temas como: a confecção de indicadores adequados para o setor; a qualidade das informações, dos serviços de radiologia, de laboratório e de produtos biológicos.

A gestão que se iniciou em 1998, com Gro Brundtland¹⁹, teve o objetivo de restabelecer o papel da OMS como um organismo de destaque na oferta de ideias na arena da saúde mundial e vinculou a saúde ao tema da economia de forma decisiva. Nesse período, o tema “sistemas de saúde” entrou na agenda da organização em conjunto com a ideia da necessidade de se trabalhar com base em evidências empíricas. Os discursos proferidos no período seguiram com foco nos arranjos dos sistemas nacionais e não na promoção da qualidade. Mesmo quando abordavam a qualidade, ela não apareceu permeando questões referentes a transformações nos sistemas de saúde.

O primeiro Relatório a abordar o tema da “acreditação” foi o de 2000. Esse relatório, *Health systems: improving performances*, utilizou o termo quatro vezes e foi o que mais utilizou “sistemas de saúde”, 543 vezes. Esse fato é consistente com o objeto do relatório de fazer uma grande análise dos sistemas de saúde que compõem o mundo.

¹⁹ Um trabalho importante sobre a história da OMS é a tese de doutorado de Gustavo Matta (2005). Nela, a gestão de Gro Brundtland, ex-primeira ministra da Noruega, na OMS é destacado como um marco. Gro Brundtland anunciou em sua posse que “a nova gestão terá prioridades e voltará a exercer sua liderança técnica e política sobre a oferta de ideias para os sistemas nacionais de saúde” (Matta, 2005, p.93). Para tal, Brundtland contou com o apoio de um fundo de US\$ 2,5 milhões da Fundação Rockefeller e pôde convidar para a tarefa de avaliação dos sistemas de saúde de todo o mundo especialistas de Harvard e do BM. Segundo Matta (2005), “... a OMS parecia iniciar um modelo político que se assemelhava ao do Banco Mundial. Ou seja, avaliando sistemas de saúde, criando demandas e colocando-se como autoridade técnica e política para orientar e conduzir os processos de saúde globais.” (p.96). Além disso, o autor deixa claro que a OMS, nessa gestão, também buscou parcerias com instituições privadas, como indústrias farmacêuticas e a Organização Mundial do Comércio – OMC, convidando-as à discussão de assuntos-chaves à organização.

O termo “qualidade” foi utilizado 75 vezes, porém não se desenvolve em direção à transformação do sistema de saúde. As sugestões de reformas para os sistemas de saúde introduziram no cenário a busca por indicadores voltados à comparação entre os contextos nacionais de saúde. Buscava-se mudar os sistemas de saúde, mas não necessariamente por meio da promoção direta da qualidade.

O Relatório de 2000, utilizou o termo “acreditação” de forma secundária, a reboque de duas situações expostas. Em primeiro, em relação à necessidade de estratégias de regulação que distinguissem a atuação entre os setores público e privado, no campo da saúde. Em segundo, como mecanismo em prol da regulação voluntária. Compreende-se que a intenção foi a de que a acreditação teria condições de atuar como mecanismo de intervenção, quando necessário, independente da natureza dos prestadores dos serviços.

Os vínculos da saúde com a economia ficaram evidentes por conta da possibilidade de construção de indicadores por meio da acreditação que, por sua vez, aproximou-se das questões de financiamento. As reformas são compreendidas como dependentes de propostas de investimento e da possibilidade de acompanhamento das condições dos sistemas de saúde. Mais uma vez, a questão da qualidade não foi o objetivo central do relatório.

O relatório de 2001 deixou de lado a abrangência de uma escala de comparação entre os países e seus respectivos sistemas de saúde. O foco passou a ser a saúde mental e suas diversas dimensões. Nele, o termo “acreditação” é utilizado uma única vez, como sinônimo da palavra “qualidade”, em referência às soluções que não dependem de gastos governamentais nesse âmbito.

Esse documento ainda utiliza as palavras “qualidade” e “serviços de saúde”, parâmetros utilizados, respectivamente, 46 e 40 vezes (Quadro 3, Anexo I), mas não nos oferece conteúdo para a análise em questão.

No período de 2002 até 2005, os relatórios não mencionam a acreditação, embora empreguem os termos “qualidade” e “sistemas de saúde”. A qualidade da qual tratam é a relacionada à água, ao meio ambiente, aos tratamentos das doenças que influenciam a qualidade de vida, aos laboratórios, às condições de trabalho dos profissionais de saúde e, até, às condições dos sistemas. Contudo não existem sugestões

de como agir em prol dessas “qualidades”. Esses relatórios, assim como o de 2001, não nos oferecem recursos importantes.

Em 2006, o Relatório *Working together for health* empregou o termo “acreditação” 26 vezes. Foi o documento anual da OMS que mais o utilizou. No entanto, na maioria das vezes em que a palavra foi utilizada, não foi tratada como mecanismo de implementação da qualidade em ambientes de saúde.

O relato reconhece a crise dos recursos humanos em saúde como uma questão que influencia os países, independente de seus *status* de desenvolvimento, ao ponto de poder propiciar paralisações nas reformas do setor saúde, que podem levar a quedas de governo. Chama a atenção para a incapacidade de alguns países de educar e manter os seus profissionais de saúde, os quais migram para países com melhores condições econômicas e, conseqüentemente, oferecem melhores salários.

O relatório também enumera uma série de fatores que influenciam o trabalho dos profissionais de saúde e associa a *performance* deles aos recursos disponíveis e às circunstâncias encontradas. Ou seja, eles dependem do que encontram como recurso no sistema de saúde; de como o sistema é organizado; das formas de pagamento; de fatores como a segurança pessoal e, ainda, das características da população a ser atendida. Entre as citadas, as características que podem ser reorganizadas são as dos sistemas de saúde. Mesmo assim, a acreditação é mencionada mais vezes nas questões referentes às instituições de ensino, embora a relacionem com os ambientes nos quais essa força de trabalho irá atuar. Contudo, a menção tem função de exemplo de possíveis ações direcionadas ao alcance de algum grau de qualidade, por meio de condutas pautadas por algum tipo de padrão estabelecido. Não foi possível identificar nenhuma sugestão mais incisiva e estruturada sobre a adoção da acreditação.

O interessante no texto é perceber a existência de mais um mercado que, como todo mercado, sofre influências cujas benesses podem não ser tão claras. O relatório associa o treinamento dos profissionais ao ambiente no qual ele atuará, de forma que, quanto melhor o ambiente, maior é o potencial dessa força de trabalho que se cria.

Em conjunto com tal ideia, é sugerido que a facilidade desse cenário – profissionais bem treinados e ambientes com boas condições de trabalho – é benéfica ao movimento dessa mão de obra nas suas dimensões internas e externas. Como exemplos,

cita o caso das Filipinas e dos EUA²⁰. No primeiro caso, o governo das Filipinas veio estimulando a saída de profissionais de seu território por conta da contrapartida do ganho, na forma das remessas de dinheiro que retornam ao país (10% de seu produto interno bruto). No segundo, expõe que 76% das enfermeiras atuantes nos EUA são treinadas nas Filipinas (OMS, 2006:102).

A conclusão é a da existência desse mercado concomitante ao problema da perda de profissionais, cujo treinamento foi propiciado por gastos do governo local e que, ao fim desse período, partem para os países desenvolvidos em busca de melhores condições gerais de trabalho e, assim, agravam a situação da saúde dos países em estágios distintos de desenvolvimento. Como bem coloca a mensagem inicial do relatório 2006, quando um trabalhador da saúde sai para trabalhar em outro lugar, acontece uma perda de esperança e uma perda de investimento (Idem).

O questionamento que se propõe não pertence ao escopo desse estudo, mas é pertinente com a sugestão do exame das ideias que são ofertadas aos sistemas de saúde. Não seria melhor se essas profissionais, as enfermeiras treinadas nas Filipinas, encontrassem dentro das próprias Filipinas, e não em solo americano, um ambiente de saúde cujo funcionamento está baseado em normas, com políticas e procedimentos claros e escritos, que vão ao encontro das normas e padrões com os quais elas aprenderam a exercer suas funções? Não é curioso que essa associação entre treinamento e *status* do ambiente de saúde atenda à demanda daquele que oferta a estratégia?

A situação ajuda na reafirmação de que toda e qualquer oferta ou sugestão de estratégia vem imbuída de relações que perpassam os contextos internos e externos ao local no qual se pretende atuar. Também carregam consigo interesses que impactam as instituições de formas diversas. Em termos de mundo, nenhuma relação é desprovida de significados, uma vez que qualquer relação pode abalar os equilíbrios propostos.

O próximo relatório a utilizar a palavra “acreditação” foi o de 2008, *Primary health care: now more than ever*. Relembrou os objetivos propostos em Alma Ata, como um movimento político e social em prol da diminuição das iniquidades entre os

²⁰ Muitos podem se sentir tentados a explicar essa situação devido à história pregressa entre esses dois países. De qualquer forma, mesmo considerada como uma continuidade, a situação presta-se a um bom exemplo das novas formas de dominação do mundo contemporâneo que podem vir a se replicar em outras realidades.

povos e a mudança do foco da saúde para a atenção primária como a estratégia de alcance desses objetivos. Destacou o fato de a atenção primária ter permanecido como o *benchmark* dos discursos dos países, pois fornece respostas baseadas em evidências aos problemas da saúde e suas expectativas sociais. Propõe a necessidade de reforma em quatro aspectos da atenção primária (a cobertura universal, a formulação de políticas, a liderança e a provisão dos serviços – OMS, 2008:10) para que os países voltem a focar o objetivo da saúde para todos.

Nesse relatório, o termo “acreditação” é utilizado duas vezes (Quadro 3, Anexo I). A primeira delas se dá no item sobre a necessidade de políticas públicas mais efetivas, com destaque à sua importância quando voltadas aos sistemas de saúde, pois delas dependem as reformas da atenção primária e da cobertura universal. Nessa situação, a acreditação aparece como mais um exemplo dos temas com os quais as políticas públicas de saúde podem se relacionar (Idem).

A segunda utilização do termo aconteceu na forma de um exemplo de prática no campo dos cuidados médicos com potencial para ser considerada como objeto de barganha na definição da abrangência do que deveria ser considerado como um bem público, no âmbito de um estado de bem-estar social. Alguns dos outros exemplos foram: treinamento, pagamentos, hospitais, direitos etc. O relatório considerou que instituições públicas e quase públicas têm participado das intermediações entre os campos da medicina, da saúde e da sociedade (Idem, p.82).

Esse relatório preocupou-se com a transformação dos sistemas de saúde na direção dos valores referentes à atenção primária. Não discute questões sobre o desenvolvimento dos mecanismos de qualidade dos sistemas de saúde e nem sobre a qualidade como mecanismo de transformação desses sistemas. Por isso, embora tenha sido o segundo relatório a empregar os termos “qualidade” e “sistemas de saúde” em maior número, não nos interessa entrar nos pormenores de como esses termos foram utilizados.

O último relatório ao qual se teve acesso foi o de 2010, *Health systems financing: the path to universal coverage*, no qual se discutiu a cobertura universal da saúde e suas questões de financiamento, propondo que o ideal seria melhorar as políticas e as práticas em prol da eficiência no uso dos recursos existentes na saúde.

Nele, o termo acreditação foi utilizado uma única vez, em um quadro sobre a

reforma do sistema de saúde do Líbano, cujo objetivo foi o de melhorar sua eficiência, aumentar a cobertura e diminuir o dispêndio direto da população com a saúde. Nesse processo, mencionou-se a acreditação hospitalar como um dos mecanismos para reforçar a liderança do ministério da saúde local em suas funções como autoridade reguladora para a área da saúde e da tecnologia biomédica.

Como os objetivos da discussão proposta pelo relatório 2010 visam os modos de financiamento dos sistemas de saúde nacionais e pouco se referiram às questões de qualidade, optou-se pelo não aprofundamento da análise do conteúdo desse documento.

Do apanhado, percebe-se que a produção da OMS sobre o tema da acreditação praticamente não existe, ou pelo menos existe de forma inexpressiva frente aos movimentos de acreditação nos países. A organização iniciou seus trabalhos com programas verticais orientados às doenças transmissíveis e seus respectivos tratamentos. Entretanto a percepção da pouca abrangência dos programas levou à constatação da falta de estrutura dos sistemas de saúde com organizações variadas e às preocupações com a qualidade desses sistemas.

Os países não tinham condições de absorver as tecnologias que estavam sendo ofertadas e, do ponto de vista da OMS, essa situação impossibilitava o sucesso de suas atividades. Parece-nos que esse foi o ponto de partida para que as preocupações com a qualidade dos sistemas de saúde aparecessem no âmbito da organização. Entretanto, tratava-se de uma qualidade que deveria ser evidenciada, mas não necessariamente desenvolvida por meio do estímulo à adoção de determinadas metodologias.

Ou seja, a OMS estava preocupada com os aspectos centrados nas características dos sistemas de saúde, mas apenas incutia a ideia de que é necessário melhorar a *performance* desses sistemas e, assim, garantir a qualidade deles e de seus serviços. Dessa forma, a preocupação com a qualidade foi secundária, e nenhuma especificidade foi-lhe conferida, possivelmente porque tais questões colocam-se nos cenários nacionais, nos quais a OMS não tem gerência, cabendo-lhe participação até o limite das sugestões. No caso, ela pode sugerir a necessidade de sistemas de saúde e de certo grau de desenvolvimento. No entanto, a organização não tem autonomia para sugerir incisivamente a adoção dessa ou daquela metodologia voltada para o desenvolvimento da qualidade, pois, assim, infringiria a soberania dos países para com suas questões políticas e econômicas.

A OMS reconhece a responsabilidade dos governos na administração de seus sistemas de saúde e na elaboração dos pacotes de serviços fundamentais e reformas necessárias para o seu pleno funcionamento. A organização não incentiva a adoção específica de nenhuma ferramenta em prol da qualidade, mas aproxima, de forma sutil, a acreditação das questões discutidas no contexto dos governos. A consequência pode ser a da localização da acreditação como um possível mecanismo de regulação do funcionamento das unidades de saúde e de condicionamento orçamentário. Indo além, a consequência é a possibilidade de articular a acreditação com os sistemas de saúde, como uma alternativa de proposta de política.

Por exemplo, na análise que fizemos sobre o Relatório de 2000, julgamos que o uso do termo acreditação estava vinculado a duas estratégias de regulação: a que diferencia os componentes público e privado e a que promove a adesão voluntária. O caso foi o de apenas exemplificar, sugerir a adequação da acreditação a essas condições. O mesmo ocorreu, de igual modo singelo, nos outros exemplos de como efetivar determinadas ações pretendidas através da atuação de mecanismos do tipo da acreditação. Assim, pouco a pouco, vai se construindo o sentimento de que, em caso de necessidade de racionalização, por exemplo, a acreditação propiciaria as intervenções necessárias aos prestadores de serviços de saúde, independentemente da natureza de seus serviços.

Existe ainda uma produção, proveniente dos escritórios regionais e em parceria com alguns organismos internacionais, provavelmente como um desdobramento das diretrizes propostas pela organização. Essa produção expõe atuações relativamente próximas aos contextos que pretendem influenciar.

Podemos observar no Quadro 4 – *Outros relatórios em parceria com a OMS 1991-2006* (Anexo II) – o total de 35 publicações que abordaram a acreditação e contaram com a participação da OMS. O escritório regional que mais produziu foi o da Europa, com 15 publicações, seguido do escritório para o sudeste da Ásia, com sete. Em relação às parcerias com outros organismos internacionais, existem duas publicações com a ISQua, uma delas ainda conta com a participação do BM, e quatro com a Usaid, três dessas contando com a participação do *Quality Assurance and Workforce Project - QAP*.

Dessas publicações, 21 têm o termo acreditação no título e muitas se relacionam com a implementação e o desenvolvimento da metodologia, o que denota uma estratégia

um pouco mais incisiva do que a utilizada pela OMS.

Dos documentos listados, um dos que merecem destaque é o *Quality and accreditation in health care services: a global review* (2003)²¹. Ele foi publicado por uma parceria entre a OMS e a ISQua e teve como objetivo “propiciar uma visão global da racionalidade, estruturas, atividades, ferramentas e tecnologias que caracterizam a garantia da qualidade, seu desenvolvimento, e acreditação em saúde”²².

A introdução do documento o relaciona com a assembleia de 1977 da organização e com a suposição de que houve um crescimento do interesse global na qualidade dos sistemas de saúde refletido e estimulado pelo relatório de 2000 da OMS. Justifica o trabalho por considerar que assim está contribuindo para o alcance das estratégias revisadas na assembleia de 1998, em prol do século XXI, que, entre várias propostas, coloca a necessidade de implementação de normas internacionais, padrões e regulação que cooperem com a promoção de sistemas de informação para monitoramento e avaliação ativa pelos governos nacionais de seus sistemas de saúde.

A intenção foi a de fornecer exemplos das várias estruturas de qualidade e processos existentes pelo mundo que pudessem informar as melhoras locais dos serviços de saúde, em especial nos países em desenvolvimento.

Vale relembrar que, na assembleia de 1977, a meta proposta foi o *Saúde para Todos Até o Ano 2000 – SPTA 2000* e que, em 1978, ocorreu a *Declaração de Alma Ata*, que deu ênfase à atenção primária, como meio fundamental de estabelecer a saúde como direito de todos. Ou seja, colocou-a como função central e foco principal dos sistemas de saúde. Nesse momento, a questão é a da expansão desse nível de atenção e o seu respectivo acesso. A qualidade dos sistemas de saúde não ocupava um lugar de destaque.

A assembleia de 1988 revisou as estratégias para o alcance da meta SPTA 2000 e, ao reforçar as atividades de cooperação técnica entre os países membros, pretendeu acelerar esse processo com o desenvolvimento de infraestrutura em saúde e com a participação dos governos nacionais na sua supervisão. As transformações dos sistemas nacionais de saúde estavam atreladas à mobilização de recursos para desenvolvimento

²¹ Desse momento em diante esse documento será referido apenas como Global Review neste trabalho.

²² “...to provide an overview of the rationale, structures, activities, tools and technologies that characterize quality assurance and quality improvement and accreditation in health care” (OMS/ISQua, 2003: xi).

dos Silos.

Percebe-se que foi nesse cenário, de retomada da meta posta para o século XXI, que a preocupação com a qualidade da assistência à saúde, oferecida pela rede de serviços, cresceu e permitiu a introdução do tema acreditação.

Aliás, foi também nesse período que a Opas, cumprindo sua função de escritório regional para a ALC da OMS, e a Federação Latino-Americana de Hospitais - FLAH começaram a trabalhar juntas na construção de um manual de acreditação para a América Latina e países do Caribe. Na época, a região contava com 14 mil hospitais e não havia evidências da existência de preocupações com a qualidade desses serviços. (Novaes e Paganini, 1992). Era preciso adequar os hospitais à inclusão na rede dos Silos para assegurar a realização de serviços com qualidade e eficiência.

Na análise do Global Review (2003) sobre a qualidade e a acreditação, percebe-se e ratifica-se a participação de agências internacionais no campo da saúde além da ISQua, envolvida com a pesquisa e confecção do documento. Ela é uma sociedade internacional, considerada uma das mais importantes com atuação na arena da saúde, voltada para as questões de garantia da qualidade nos sistemas de saúde. Inicialmente, organizava seminários internacionais de qualidade com discussões paralelas sobre a acreditação, mas, atualmente, também organiza seminários internacionais sobre a metodologia.

O nascimento desse organismo foi considerado consequência de dois movimentos. O primeiro, um encontro de profissionais de saúde, preocupados com o tema da garantia da qualidade, que tomou lugar na Suécia, em 1984. Nesse contexto, Reizenstein contactou Charles Shaw, um dos responsáveis pelo grupo de trabalho que foi criado após esse encontro, e expôs sua crença de que apenas esforços conjuntos e uma abordagem do ponto de vista da cooperação internacional poderiam promover a garantia da qualidade de forma eficiente e eficaz. Dessa forma, seria possível lhe conferir um caráter de disciplina e ciência. Por conta disso, o escritório Europeu/OMS contratou o Reizenstein para desenvolver a ideia de estabelecer um organismo internacional voltado à garantia da qualidade e um jornal com o mesmo intuito (Society News, 1989).

O segundo movimento foi organizado pelo Escritório Regional para a Europa da OMS, no mesmo ano, em Udine, na Itália, com o intuito de discutir as questões de treinamento referentes às preocupações com a garantia da qualidade.

Esses encontros foram nomeados posteriormente, respectivamente, como a Iª e a IIª Conferência Internacional da ISQua, mesmo que a formalização desse organismo só tenha ocorrido três meses depois do primeiro encontro. No segundo encontro, foi eleito o primeiro presidente da ISQua, Peter Reizenstein (ISQua, 2012).

No ano seguinte, 1985, a ISQua adotou uma constituição e se organizou para lançar seu jornal. A partir daí, a organização passou a fazer conferências que acontecem a cada ano em países diferentes²³. O primeiro presidente ficou no cargo por cinco anos. Depois desse primeiro mandato, as eleições passaram a ser a cada dois anos.

É interessante notar que o envolvimento da OMS com a ISQua foi significativo. A organização vinha incentivando atividades em prol da garantia da qualidade, por meio de seu escritório europeu, em vários países. Em um dado momento, passou a promover os encontros entre os vários responsáveis dessas iniciativas, que geraram o evento mencionado, de 1984, no qual se oficializou o grupo de trabalho capitaneado por Shaw (ISQua Bulletin, 2010).

Ainda na década de 1980, outras instituições participaram desse movimento em prol do estabelecimento de uma entidade internacional global da qualidade, promovendo encontros por meio de parcerias. Um exemplo seria a cooperação estabelecida, em 1985, entre a Federação Internacional de Hospitais - FIH, a Fundação Kellogg e a JCAH. Posteriormente, os conselhos canadense e australiano de acreditação juntaram-se a esse movimento que também deu ênfase à criação da ISQua (ISQua Bulletin, 2010).

A ISQua entende que é uma organização global cuja missão é a de inspirar, promover e dar suporte ao desenvolvimento constante da qualidade e da segurança em saúde ao redor do mundo. Pretende atender seus objetivos através de uma rede que conta com pelo menos 100 países, em cinco continentes, e de seu programa de educação (ISQua, 2012). Seus congressos têm como meta a qualidade, mas a acreditação ganhou espaço nas discussões promovidas em paralelo e ganhou espaço como tema dos congressos promovidos anualmente pela instituição.

Os países ou interessados podem participar como instituições membros ou como membros individuais. Atualmente, existem, na ISQua, entre os membros individuais,

²³ A conferência de 2014 será no Rio de Janeiro, Brasil.

dois brasileiros: Luciana Reis Carpanez Correa e José Noronha. O último também é membro da diretoria dessa instituição e do comitê de acreditação da JCI.

Assim como a ISQua, observa-se também a presença de organizações intergovernamentais: a já mencionada Opas; a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE; o Conselho Europeu - CE; e a União Europeia - UE. Entre as organizações doadoras e as agências internacionais que ajudam a dar forma aos programas nacionais de reformas para a saúde, particularmente junto aos países em desenvolvimento, mais uma vez aparecem o BM e a Usaid.

Com menor atuação, mas com mesma finalidade, ainda participam as sociedades internacionais e os colaboradores de interesses profissionais e tecnológicos, como a *International Society of Technology Assessment in Health Care - ISTAHC*, a *World Organization of Family Doctors - Wonca* e a *Cochrane Collaboration*, promovendo a geração e a troca de evidências e métodos, com foco na melhoria da qualidade. Nas questões relacionadas ao suporte e ao treinamento para a qualidade, tem-se a QAP e, para áreas específicas, a *Joint Commission International Accreditation - JCIA*.

É interessante perceber o leque de instituições de atuação internacional na oferta de ideias, apresentado pelo Global Review (2003), com uma atuação em prol dos mecanismos de qualidade que, de alguma forma, divulgaram a metodologia da acreditação.

Também é interessante como esse documento, em sua introdução, não utiliza um determinado conceito de qualidade. Esse foi preterido pela noção do senso comum em relação às melhorias de qualidade. Percebe-se que, com isso, pode-se incluir as estruturas e as atividades que contribuiriam para a construção do cenário da qualidade e da acreditação, nos sistemas de saúde. Da mesma forma, esclarece que o relatório não segue um rigor científico, pois baseia-se em informações cujas fontes são consideradas de confiança (Global Review, 2003:xiii).

Partindo dessas premissas, o Global Review (2003) defende a posição de que a acreditação é o mecanismo externo para as melhorias de qualidade baseadas em padrões mais comumente utilizados na saúde e que teve um desenvolvimento rápido na América Latina e Europa. Contudo, o próprio documento coloca a não identificação de fontes atuais com descrições consistentes do desenvolvimento de operações e programas nacionais em atividade no mundo.

Mesmo assim, foram recolhidas informações de 47 países. De acordo com essas informações, existem 36 programas de acreditação em atividade a nível nacional, mas o relato esclarece que apenas 28 programas em atividade, em 33 países, enviaram dados (Idem:113). Já as respostas aos questionários concluem que existem pelo menos 33 programas nacionais de acreditação, em 29 países, estando 25% desses ainda em desenvolvimento e não em operação e, aproximadamente 30% na região da Europa. A região Mediterrânea Oriental não apresentava programas de acreditação no momento desse relatório.

Embora as informações não pareçam dar suporte à suposição de que a acreditação está ativa em toda parte, toda a retórica do documento sugere um grande movimento de adoção e utilização da metodologia no mundo, com o apoio da OMS. O próprio documento coloca que, quando a oportunidade apareceu, a OMS tratou de apoiar a introdução e a implementação da avaliação da qualidade e da acreditação, no contexto dos países, através de organismos internacionais de ajuda que atuaram como divulgadores dessas ideias no campo da saúde. No caso do Brasil, a agência citada foi a *Danish Agency for Development Assistance* - Danida (Idem:13). O documento também evidencia a atuação da *Cochrane Collaboration* no contexto brasileiro.

Ou seja, a acreditação americana está sendo divulgada por agências, organismos e sociedades internacionais de forma consistente e com a preocupação de dar ao movimento legitimidade, mesmo que a questão, em si, da adoção da metodologia ainda careça de estudos que lhe confirmem valor real.

Esse movimento, de divulgação das ideias americanas, aqui visitado através do desenvolvimento da metodologia da acreditação no mundo, acontece em cadeia. No nosso caso, quanto mais distante da OMS, mais objetivas ficam as sugestões e diversas são as características dos organismos internacionais que funcionam como mecanismo de propagação. Entretanto, todos têm crédito, pois atuam com a chancela da OMS.

A OMS introduziu o tema “sistemas de saúde” em sua agenda e, a partir daí, externou sua preocupação com a qualidade desses sistemas. Com isso, iniciou um movimento de debate sobre a qualidade que permitiu a entrada da acreditação nesse campo.

Os organismos internacionais mais próximos à OMS que aderiram foram os seus escritórios regionais, que, por estarem mais próximos de seus contextos de atuação e em

busca de alternativas e exemplos que pudessem atender à demanda da OMS, tiveram a oportunidade de destacar alguns mecanismos nesse sentido. Entre eles, a acreditação.

Dos escritórios mencionados, interessou-nos a Opas, por ser a responsável pela região à qual pertence o Brasil. A atuação dessa organização passou a considerar a acreditação como uma metodologia interessante para a ALC na década de 1990, após constatar que não havia na região iniciativas de adoção de metodologias que contribuíssem com o desenvolvimento da qualidade dos sistemas de saúde locais.

A atuação da Opas de forma pontual, no Brasil, é anterior a essa década e, em alguns momentos, ultrapassou o limite da mera ajuda e do desdobramento de programas de desenvolvimento. No início do século XIX, o comércio avolumou-se e com ele as preocupações com epidemias que afligiam o mundo à época cresceram e impuseram a necessidade de quarentenas nos portos, obstruindo o fluxo do comércio internacional e do deslocamento das populações. Os problemas causados por essas doenças, além de pertencerem ao campo da saúde, também afetavam o campo das políticas. Nas duas situações, saúde e política, esses problemas atingiam as dimensões nacional e internacional.

Em meados do século XX, o debate que se apresentava no Brasil dizia respeito à unificação dos serviços de saúde e à constituição de uma autoridade sanitária nacional, tema também em voga na Opas no mesmo período. Inclusive, cientistas como Raul de Almeida Magalhães e Carlos Chagas participaram das Conferências Pan-americanas de Saúde representando o Brasil e também como corpo diretivo da Opas.

Essa fase, no Brasil, contou com a presença da Fundação Rockefeller²⁴, incentivando o ensino médico da Faculdade de São Paulo, em 1918, e contemplando profissionais brasileiros com bolsas pela especialização na Universidade John Hopkins, nos EUA, instituição de ensino e pesquisa igualmente financiada por essa Fundação.

Da mesma forma como os cientistas mencionados, vários sanitaristas que frequentaram essas especializações tiveram atuação importante na Opas. Um deles, Marcolino Candau, foi o segundo diretor-geral da OMS, de 1953 a 1973. Segundo Lima (2002), a própria concepção de um Ministério da Saúde foi consequência do

²⁴ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, nos EUA, com o objetivo de concentrar as ações beneficentes da família Rockefeller que já aconteciam. Um exemplo dessas ações foi a criação da Universidade de Chicago, em 1889, projeto da Igreja Batista frequentada pela família.

intercâmbio de ideias entre a Opas e o Brasil, denotando influência na constituição da agenda de saúde brasileira.

Vale lembrar que o mencionado Relatório Flexner (1910) foi financiado por essa fundação. Soma-se a isso o fato de que esses profissionais médicos constituíram as lideranças de saúde em nosso país na primeira metade do século XX. Por conta de suas formações, estavam próximos às questões de saúde pública dos EUA. Ou seja, o modo de observação dos problemas de saúde da época e a capacidade de elaboração de estratégias para tal estiveram há muito entrelaçados entre o Brasil e os EUA (Lima, 2002).

O fato merece atenção pois a atuação da Fundação Rockefeller não apenas aproximou as estratégias de saúde americanas do contexto brasileiro. O modelo de filantropia adotado, com forte ênfase em educação e pesquisa, cooperou para a mudança do eixo de produção científica da Europa para os EUA e permitiu a mudança de foco da educação em saúde brasileira do modelo europeu para o americano. Da mesma forma, a atuação da fundação expandiu-se para outros países da América Latina, conferindo hegemonia às ideias e ao ponto de vista americanos sobre os problemas sociais da época e suas respectivas soluções (Marinho, 2005).

Em um período posterior, segunda metade do século XX, pode-se observar a atuação das organizações doadoras e agências internacionais, no Brasil, com a forte participação do BM, anos 1950, e do Usaid, anos 1960.

O BM foi criado em 1945 com a meta de cooperar com o padrão de vida nos países considerados em desenvolvimento através de empréstimos provenientes dos recursos dos países considerados desenvolvidos. O BM, por se considerar um banco do mundo que concede empréstimos com taxas abaixo das de mercado, entende que sua atuação tem cooperado com o desenvolvimento no século XXI (BM, 2004).

Os empréstimos para o Brasil começaram em 1949, inicialmente direcionados às áreas de infraestrutura física e serviços de vários setores. Nos anos 1980, os empréstimos tiveram como foco as reformas políticas deflagradas pela crise da dívida externa. Em 1982, iniciaram-se os empréstimos específicos para a saúde. Na década de 1990, o Banco já se considerava “um dos principais sustentáculos do desenvolvimento do país” pois os empréstimos montavam a casa dos 16 bilhões de dólares (BM, 1994).

Em termos de participação no mundo, o BM considera que as suas estratégias para saúde, nutrição e população foram de investimentos modestos em planejamento populacional e familiar nos anos 1970, passando por empréstimos diretos para os cuidados primários em saúde, na década de 1980, até os empréstimos focados nas reformas dos sistemas de saúde nos anos 1990, com o objetivo de melhorar a efetividade de seus esforços de ajuda anteriores.

Parece-nos que o aumento de empréstimos voltados à saúde foi proporcional à confiança que o BM foi adquirindo em sua participação nesse campo, na arena internacional, em relação à OMS. Contudo, da mesma forma que o sucesso das atividades da OMS dependia das estruturas nacionais de saúde, o banco considerou que a eficiência de seus projetos foi afetada, não apenas pela similaridade dos planos voltados às regiões e aos países com características distintas, mas também pela qualidade dos serviços nacionais de saúde.

Na época, o Brasil foi escolhido pelo BM, junto com três outros países – Índia, Mali e Zimbábue – como parte de um estudo de avaliação do desenvolvimento da efetividade do setor voltado para saúde, nutrição e população do BM. No caso, o Brasil foi escolhido pela extensão e complexidade de seu sistema de saúde, por estar passando por rápidas transformações econômicas, epidemiológicas e institucionais e por conta da assistência externa representar uma proporção pequena dos gastos em saúde (BM, 1998:1).

Esse estudo considerou que as recomendações políticas poderiam acontecer através de diversas atividades como as discussões durante a preparação dos projetos e os canais diretos como os utilizados pelo BM para gerar e disseminar políticas, entre outros. Para ele, os projetos podem influenciar áreas ou temas específicos por meio da transferência de recursos. Assim como suas estratégias de implementação, a medida em que são fruto de arranjos, impactam os ambientes institucionais. De igual modo, os investimentos em elementos de informação podem influenciar as demandas pelos serviços de saúde²⁵.

²⁵ “Policy advice can be provided through a range of activities, such as formal and informal sector work, discussions during project preparation, supervision, and evaluation, as well as through direct channels such as the Bank's work in generating and disseminating policy through its policy, research, and knowledge management activities. Projects exert influence through transfer of resources for specific goods and services, as well as to the degree their implementation arrangements embody "rules of the game" that influence the institutional environment. The Bank can have a direct effect on the *service*

No caso, o BM considerou as complexidades do sistema político um entrave aos esforços da reforma na saúde. Com isso, os projetos diminuíram, na década de 1980. Voltaram a melhorar na década de 1990, após o governo brasileiro ter concordado em melhorar seus processos de implementação²⁶. Aqui, podemos destacar um exemplo da relação entre a oferta de ideias atrelada a um determinado incentivo.

O BM, em termos de postura internacional, agia conforme o pleito da OMS, deflagrado pela Conferência de Alma Ata, de ênfase nos cuidados primários como meio de ampliar o acesso à saúde. Ainda em conformidade com as conclusões da OMS, evidenciou a baixa qualidade dos sistemas nacionais de saúde por conta da pouca eficiência na utilização dos seus recursos.

Alguns dos questionamentos levantados pelo estudo feito sobre o Brasil são interessantes. Desses, vale destacar o referente à expansão da atenção primária ser ou não a melhor estratégia de provisão de acesso à saúde local, uma vez que, entre as várias características do setor, estava a da procura direta por hospitais por conta do aumento de uma demanda difícil de ser atendida frente à falta de outros tipos de unidades de saúde.

A Usaid foi criada em 1961, como um órgão independente do governo federal dos EUA, para reunir doadores bilaterais e multilaterais, com o objetivo de oferecer assistência técnica nas áreas de educação e saúde e também nos processos de reforma da administração pública e de justiça social em prol do desenvolvimento sustentável. Sua sede está em Washington, mas a agência atua em mais de 100 países por intermédio de seus escritórios locais (Usaid, 2012).

A Usaid começou a atuar no Brasil na década de 1960 por meio de um acordo entre os governos brasileiro e americano, intermediado pelo Ministério da Educação – MEC e por ela, com o intuito de propor orientações para o sistema universitário brasileiro com base no trabalho de técnicos americanos (Marinho, 2005).

Nos anos 1990, criou o programa Proquali nos estados da Bahia e do Ceará, com

delivery structure (public and private facilities, service providers) through such steps as investing in new facilities or the development of health manpower and also on the financial, regulatory, and accountability systems that constitute the *institutional arrangements* that govern the sector. Its investments outside of the sector (and/or through investing in marketing and information elements of the service delivery structure) can influence the demand for services and health-related behaviors.” (BM, 1998: 1)

²⁶ “In Brazil, (...) the overall portfolio improved considerably in the 1990s when the government, with strong encouragement from the Bank, agreed to make a concerted effort to improve implementation.” (BM, 1999, p. 18)

a cooperação da universidade americana Johns Hopkins. Em um relatório produzido pela Usaid, esse programa foi considerado como um modelo de acreditação diferenciado, pois focou as organizações voltadas aos cuidados primários²⁷ (Zeribe e Marquez, 2005).

Ainda nesse período, a Usaid, em conjunto com a Opas, criou o *Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative* – LACHSR, com a intenção de oferecer serviços de saúde mais eficazes e eficientes por meio de atividades regionais que pudessem dar suporte à tomada de decisões nacionais e às políticas na área da saúde, propiciando, assim, abordagens para a regulação da qualidade no setor.

Nos anos 2000, em uma atuação do ponto de vista do mundo, a Usaid uniu-se à ISQua, ao BM e à OMS. Com a primeira organização, lançou o *International Accreditation Program* – IAP, único programa internacional a acreditar instituições acreditadoras. Com a mesma parceria, também lançou um programa de assistência, com duração de quatro anos, para organismos acreditadores nacionais ou serviços específicos de avaliação externa que desenvolvam ou validem padrões voltados à saúde, acreditem seus próprios programas de acreditação e treinem avaliadores.

Em conjunto com os outros dois organismos, desenvolveu um guia de apoio para os provedores da acreditação que também atenderia aos requisitos das agências financiadoras, como o próprio BM, das organizações intergovernamentais, como a própria OMS, e dos países, de forma individual, considerando os programas nacionais existentes.

Nesse mesmo espaço de tempo, o QAP, pertencente à Usaid, juntou-se primeiro à Opas e depois ao LACHSR para revisar as atividades na região da ALC. O intuito foi o de adaptar as várias abordagens da qualidade – como a acreditação, o pagamento por *performance*, a melhoria contínua – às necessidades dos países da região e criar um conceito a partir do qual se pudesse analisar as inter-relações entre a reforma do sistema de saúde e a avaliação da qualidade desse sistema. O QAP funcionou de 1990 até 2008, quando foi sucedido pelo *Health Care Improvement Project* – HCI, um projeto de cinco anos que pretende auxiliar os países na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

²⁷ “An example of focused accreditation in the LAC region is the PROQUALI program in Brazil, which targets primary healthcare facilities (...) The PROQUALI model is also a facilitated accreditation approach” (Zeribe e Marquez, 2005:8); “... as well as the accreditation of primary health clinics through PROQUALI” (idem:36); “BRAZIL – PROQUALI (Focused Accreditation) (idem:38)

Como vimos, a atuação dos mais variados organismos internacionais sofre forte influência da hegemonia americana, que oferta suas ideias com ações que perpassam as fronteiras dos países nos mais variados estágios de organização. Da mesma forma, essas ideias, por mais simples que pareçam, fazem parte de um conjunto de estratégias para que seu desenvolvimento se dê tanto no âmbito internacional quanto no nacional, e assim se fortifiquem enquanto exemplos a serem seguidos.

Capítulo 3

A acreditação como ferramenta

Conforme já mencionado, a metodologia da acreditação desenvolveu-se a partir da necessidade de estabelecer algum nível de conduta dentro dos hospitais americanos, nos anos de 1910. Naquela época, constatou-se que tanto as universidades direcionadas ao ensino médico quanto os ambientes de saúde estavam se desenvolvendo sem uma orientação, um planejamento. A falta de características mínimas similares não permitia um consenso sobre a atuação dos médicos e sobre as estruturas mínimas necessárias para o funcionamento dos hospitais. O caráter era de desorganização nos ambientes de saúde, o que influenciava a prática e ameaçava a integridade dos próprios profissionais.

Esse movimento incipiente, de tentativa de padronização dos hospitais e das universidades de medicina, do início do século XX, não foi privilégio desses contextos. Nesta época, a necessidade de medir para conhecer as transformações sociais começava a configurar o campo da avaliação em sua primeira geração que se estendeu até o ano de 1930.

Nessa fase, buscou-se avaliar os estudantes através de testes de coeficiente de inteligência – QI para categorizar as crianças e perceber seus progressos escolares. Da mesma forma, procurava-se perceber a produtividade dos trabalhadores. O trabalho era técnico e o esforço, sistemático. A ideia era racionalizar as atividades. Ou seja, havia a necessidade de organização qualquer que fosse a iniciativa.

O cenário posto era de instabilidade, consequência das fortes transformações sociais oriundas das inovações do século anterior, irrigadas pela eminência de guerra, frente às instabilidades econômicas que forçavam o mundo a deixar de ter um parâmetro monetário único, internacional. Portanto, os valores mundiais estavam em transformação.

Dois movimentos opostos tensionavam o período. De um lado, o liberalismo e a proteção social. De outro, a luta de classes. A demanda imposta pelos acontecimentos foi a da regulação e a das leis permeadas pela percepção de que o Estado seria o restaurador dos equilíbrios social, político e econômico. Assim passou-se a ter

necessidade de se conhecer a situação dos governos, das instituições e das organizações para se conhecer os benefícios, ou a falta deles, da influência do Estado em sua organização nacional.

Os padrões

Existem várias discussões sobre o que são os padrões, como são elaborados e para que servem. Entendemos os padrões como ferramentas de mensuração da qualidade que traduzem, em medida, conceitos e atributos de qualidade. Podem ser compreendidos como formas dominantes, mas não excludentes ou exclusivas, que servem de base para um julgamento ou um acompanhamento, conformando assim um mecanismo de certificação. Sua construção e aplicação dependem de conhecimento e técnica específicos da área na qual se pretende utilizá-los. São uma forma explícita e predeterminada de uma expectativa estabelecida por uma autoridade competente (Hartz, 2006; Donabedian, 2003; Novaes, 2000; Rooney e van Ostenberg, 1999).

Portanto, embora pareçam estáticos, eles não o são. Os padrões mudam para refletir as inovações tecnológicas. Eles podem, também, ser um reflexo de referenciais político-ideológicos e teórico-metodológicos específicos de determinadas congregações científicas ou profissionais. Com isso, os padrões carregam valores e denotam algum tipo de poder relacionado ao saber e/ou a uma determinada localização na esfera das decisões.

Considerando que o processo é complexo, a discussão em prol da definição de padrões requer precaução. Faz-se necessário levar em conta seus propósitos e objetivos. Para tal, Rooney e Van Ostenberg (1999) elaboraram perguntas norteadoras para a criação, revisão ou implementação de um padrão. São elas:

- Os padrões focam nos pacientes/ clientes que recebem assistência ou serviços?
- Têm validade e confiabilidade comprovada?
- Contemplam o desempenho de funções comuns ou importantes de uma instituição de saúde, como cuidados aos pacientes, liderança, controle de infecções e gerenciamento de recursos humanos?
- Os especialistas acreditam que ele é importante para a prática ou para melhorar resultados?
- Os padrões são passíveis de avaliação e quantificação através de um processo de avaliação interno ou externo?
- Podem ser aplicados uniformemente a todas as instituições de

- mesma natureza, como os hospitais ou clínicas?
- São consistentes com as leis e regulamentos existentes?
 - Complementam algum padrão internacional existente, como os publicados pela OMS?
 - São culturalmente sensíveis e apropriados?
 - Refletem o que os especialistas consideram como “boa prática”?
 - Permitem uma estrutura para a inclusão de avanços nas práticas clínicas ou tecnológicas?
 - São flexíveis para serem revisados quando necessário? (Rooney e Van Ostenberg, 1999:10)²⁸

Somando-se aos propósitos e objetivos dos padrões, existe ainda a questão dos níveis que serão atendidos quando da utilização dos padrões. Eles podem ser mínimos e úteis em determinados casos e podem ser de excelência, evidenciando uma preocupação mais detalhada e rigorosa com as questões de qualidade em outros.

Scrivens (1995) observa que o mínimo tende a dar suporte às questões de regulação e legislação e por isso é visto pelos profissionais como não aceitável para as questões de qualidade. Esse foi um dos motivos que mobilizou a acreditação na direção da utilização de padrões de excelência. Vale lembrar que a acreditação iniciou-se com padrões mínimos, pois esses eram os possíveis na época, e modificou-se para justificar sua posição de mercado e destacar-se desses padrões que passaram a ser utilizados pelo governo americano em suas diretrizes de reembolso dos programas *Medicare* e *Medicaid*.

Com base na observação de Scrivens (1995), destaca-se que, da mesma forma que iniciou seu processo de mudança com o objetivo de se manter no seu mercado, a acreditação também foi se aproximando da linguagem dos profissionais a medida que passou a defender a utilização de padrões de excelência com os quais se atingiria uma qualidade tal como entendida pelos profissionais.

Sem dúvida, os padrões mínimos representam o limite do necessário e devem ser indubitavelmente atingidos. Já os padrões ótimos, ou de excelência, representam uma expectativa a mais que depende de esforço, empenho e dedicação para ser atingida. O importante é ter clareza do tipo de padrão que será utilizado e perceber que, dependendo do tempo e da situação, os padrões de excelência podem se transformar em mínimos.

Um componente importante na questão dos padrões são seus critérios ou propósitos. Esses orientam sobre quais aspectos serão considerados na comparação com

²⁸ Livre tradução.

os padrões, como eles serão utilizados na mensuração, com isso, ajudam no entendimento sobre os padrões.

Existem também diferentes tipos de padrões, relacionados aos aspectos que pretendem abordar, criados com base nos conceitos formulados por Avedis Donabedian²⁹, autor de referência nos assuntos voltados às avaliações de qualidade na saúde, cujo ponto de partida diz respeito à análise das estruturas, dos processos e dos resultados. Entretanto os padrões são comumente mais voltados à estrutura e ao processo, apoiados na crença de que a qualidade de ambos propiciaria resultados de qualidade (Scrivens, 1995).

A confecção de padrões para os hospitais foi discutida no âmbito da OMS, nos anos 1980, incentivada pela reflexão em prol da atenção primária. Os sistemas de saúde, ao analisarem perspectivas para o melhor atendimento à população, conforme posto por Alma Ata, passaram a ponderar sobre a influência dos hospitais em suas *performances*. Os países também demandavam informações sobre o assunto, pois buscavam transformar seus sistemas de saúde e estavam preocupados com o volume de recursos absorvido pelos hospitais. A própria OMS, em conjunto com outras fundações, patrocinou encontros para um grupo de especialistas com o intuito de analisar a atuação do hospital no primeiro nível de referência da saúde (OMS, 1987; OMS 1993).

A análise era a de que os esforços para estabelecer os cuidados primários como meta possível para o aumento do escopo da saúde, nos sistemas de saúde nacionais, não iria progredir sem a participação do hospital. Ao mesmo tempo, havia a percepção de que era preciso desmistificar, no senso comum, a ideia de que os hospitais, por contarem com mais recursos, seriam lugares apropriados para todo e qualquer tipo de atendimento, mesmos aqueles que poderiam ser atendidos em outros níveis.

Buscava-se não sobrecarregar o hospital para permitir que ele continuasse a

²⁹ Avedis Donabedian nasceu em Beirute, no Líbano, em 1919, filho de pais armênios, e se estabeleceu na Palestina durante o holocausto armênio. Estudou medicina na Universidade Americana de Beirute e atuou como médico de família em Jerusalém. Em 1955, completou seu mestrado em saúde pública na Universidade de Harvard e permaneceu nos EUA, em Michigan, onde foi docente e fez carreira na Escola de Saúde Pública. Os conceitos que introduziu na avaliação de qualidade da atenção à saúde – estrutura, processos e resultado – continuam como os paradigmas dominantes até hoje. Recebeu a Medalha Sedwick, em 1999, o maior prêmio oferecido pela Associação Norte-Americana de Saúde Pública (*American Public Health Association*), pelos seus serviços em prol da saúde pública. Foi membro do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos e membro honorário do *Royal College of General Practitioners of the United Kingdom* e da Academia Nacional do México (OMS, 2012)

oferecer assistência especializada quando se fizesse necessário. Por outro lado, essa também seria uma maneira de influenciar os custos dos hospitais, sempre crescentes.

Com isso, a OMS reconheceu a expansão da atuação dos hospitais como uma tendência emergente e passou a discuti-lo com alguma ênfase. Deu relevância às suas necessidades, articulando o seu papel à promoção da saúde e conferindo responsabilidades para com o objetivo proposto em Alma Ata.

No desenvolvimento em prol das atividades concernentes aos hospitais, a OMS (1993) colocou algumas condições que deveriam ser observadas pelos países, no estabelecimento ou na revisão dos padrões para hospitais. Seriam elas: a crença de que os padrões devem ser desejáveis e úteis; a vontade e o conhecimento para o seu desenvolvimento; os recursos para desenvolvimento, implementação e manutenção; a habilidade para promover os padrões estabelecidos e para educar os potenciais utilizadores nos meios sobre como alcançar a conformidade; o reconhecimento de que os padrões devem ser “sob medida” se a intenção é a de que se prestem ao que se propõem; alguma agência governamental, grupo de provedores de saúde, grupo de unidades de saúde ou uma combinação desses deve ser responsável pelo seu desenvolvimento, desde que sejam observados os objetivos comuns, a dedicação, o conhecimento e o entendimento, e desde que esses objetivos sejam estabelecidos com clareza (OMS, 1993:4).

Além disso, a OMS (1987) sugeriu catorze perguntas voltadas à reflexão sobre o papel do hospital, na área em que se encontra inserido, cujas respostas deveriam ajudar na formulação de padrões do ponto de vista de sua utilização nos hospitais. São elas:

1. Os hospitais objetivam populações específicas, definidas em termos de números, limites geográficos, ou outras características?
2. O hospital entende a sua responsabilidade como extensiva àqueles que se encontram para além de seus limites físicos?
3. O hospital considera que sua atuação em prol da atenção primária pressupõe sua participação na caracterização de problemas, recursos e necessidades da população que atende?
4. O hospital considera importante desenvolver relações com todas as agências de saúde em seu território, com as comunidades de representantes e autoridades de outros setores para planejar meios de lidar com os problemas e necessidades da população com a qual terá que interagir?
5. O hospital participa na definição da prevalência e distribuição de problemas de saúde específicos (problemas de nutrição, problemas

- de gravidez, problemas de diarreia, etc.) e ajuda no planejamento de quem deveria receber atendimento hospitalar e quem deveria ser tratado fora do hospital?
6. O hospital vê seu papel como atuante no desenvolvimento e na manutenção de um sistema de informação que permitiria a avaliação contínua da situação dos problemas que mais afetam a população, o monitoramento de programas a eles direcionados e a avaliação de suas respectivas eficácias?
 7. O hospital vê seu papel como atuante no desenvolvimento de recursos humanos em saúde em toda a área que atende, incluindo a cooperação no recrutamento, treinamento, supervisão e avaliação dos profissionais da saúde?
 8. O hospital se considera responsável pelo suporte logístico (como o armazenamento de suprimentos, manutenção de equipamentos, etc.) dos serviços de saúde de sua vizinhança?
 9. Com relação à referência de pacientes, o hospital considera que deve desenvolver critérios para o encaminhamento de pacientes de profissionais de saúde periféricos, especificando a informação que deveria acompanhar os pacientes de e para o hospital, e treinar pessoal variado para garantir a eficácia desses acordos de encaminhamento?
 10. Tendo ciência dos custos gerais dos cuidados primários em saúde para a região que atende, o hospital considera razoável que os recursos pudessem ser alocados além das fronteiras institucionais?
 11. O hospital considera que a avaliação da qualidade dos cuidados é uma abordagem importante para avaliar as funções do hospital, e o hospital considera apropriado expandir essa abordagem aos serviços voltados aos cuidados primários na sua vizinhança?
 12. O hospital considera necessário fazer mudanças internas, funcionais e organizacionais específicas, para acomodar ou facilitar seu papel de apoio às atividades de cuidados primários na sua vizinhança?
 13. Avaliando a sua própria *performance*, o hospital considera sua contribuição às atividades vizinhas, de cuidados primários, componentes importantes de seus programas? Como o hospital contribuiria? Por exemplo, utilizaria suas taxas de mortalidade infantil para a vizinhança como um todo ou a extensão de cobertura da população como um indicador de sua *performance*?
 14. O hospital considera que deveria participar com a comunidade de representantes e outros grupos de interesse na geração de apoio político e social para o esforço dos cuidados primários como um todo? (OMS, 1987:78)³⁰

Percebe-se que os padrões são utilizados em contextos variados e com o intuito de atender as expectativas de diversos pontos de vista. Podem atender as próprias instituições, em suas questões de autoconhecimento e desenvolvimento; podem atender os governos, em suas questões de financiamento e regulação; e ainda podem atender o Estado, em suas diretrizes nacionais.

³⁰ Livre tradução.

Os padrões são caracterizados por uma gama de decisões que dão à sua construção finalidades que lhe conferem uma dimensão política, influenciada pelas decisões de como, onde e com que finalidade serão adotados. Assim, adotar padrões é uma ação com implicações.

No caso da OMS, é interessante notar que, após preconizar a expansão da atenção primária em saúde como meio de atingir a meta do SPTA 2000, e após ter deixado o tema dos hospitais de lado, o mecanismo de inserção desse tema nos sistemas de saúde deu-se com a colaboração do tema dos padrões. Talvez ela não tenha tido como ignorar o peso dessa instituição nas questões relativas às condições de acesso à saúde pelas populações e o papel impactante nos custos do setor.

Vale ressaltar ainda que esse relatório, de 1987, chama-se *Hospitals and Health for All*. Foi produto da primeira reunião de especialistas para discutir o hospital, desde 1968. No caso da discussão sobre o papel do hospital no sistema de saúde, essa foi a primeira desde 1959 (p.7).

A avaliação

O uso dos padrões consubstanciou atividades que foram se complexificando. Um exemplo seriam as práticas de avaliação que se constituíram como práticas e estratégias de governo, no período entre a Grande Depressão americana até a Segunda Guerra Mundial, além de se concretizarem como um veículo de mediação política do Estado.

Hoje o campo conta com diversos tipos de avaliações e encontra-se na sua quarta geração³¹. O seu dinamismo e o seu progresso levaram à passagem de uma

³¹ Guba e Lincoln (1989) reconhecem quatro gerações de estudos de avaliação que possibilitam uma compreensão acerca do desenvolvimento desse campo de conhecimento no século XX. A primeira geração delineou-se entre 1910 a 1930 e caracterizou-se pela construção e aplicação de instrumentos de medidas. A segunda geração de estudos, de 1930 até 1960, marcou o nascimento da avaliação de programas, mesmo período em que nasceu a metodologia da acreditação. A terceira, de 1960 até 1980, associa a avaliação à tomada de decisões por meio do julgamento com base em padrões externos. E a quarta geração, de 1980 até o momento, diz respeito à negociação. O desenvolvimento dessas gerações refletiu o grau de qualidade determinado ou pactuado no processo de constituição do próprio campo da avaliação. Para melhor detalhamento sobre o desenvolvimento do campo da avaliação e, mais especificamente, das políticas e programas de saúde, ver também Cruz, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

geração a outra, sem a necessidade de exclusão das anteriores, como um campo que se aprimora e evolui em suas questões técnico-conceituais e políticas (Cruz, 2012).

Segundo Cruz (2012) o ‘divisor de águas’ das várias fases da avaliação foi a consideração de que o julgamento é fundamental à avaliação, “uma medida de sucesso ou não de uma política ou programa público de acordo com atributos de qualidade determinados e pactuados” (p.5).

O objetivo das avaliações é julgar o mérito e a relevância de um objeto. Geralmente o processo de avaliação é dado por meio da tentativa de responder a perguntas sobre programas, planejamentos, instituições etc. em relação a determinados critérios para, assim, concluir, julgar sobre o valor do que se está avaliando.

A avaliação se preocupa com os objetivos das instituições e entidades no tocante ao fato da comprovação do seu atendimento e também com relação à qualidade desses objetivos. Ou seja, se são atingidos e se valem à pena ser atingidos. O processo preocupa-se em avaliar tanto a situação quanto o impacto dos objetivos que estão sendo analisados (Scriven, 2004, Guba e Lincoln, 1989). Para Cruz (2012), procurar responder o porquê colabora com o progresso da prática no âmbito das políticas de saúde. Ao deixar de enfatizar a perspectiva normativa, as características essencialmente técnicas e o caráter gerencial da avaliação, pode-se reconhecer o seu caráter político. Assim, envolvem-se os diferentes atores e suas intenções no processo avaliativo e, dessa forma, a possibilidade de mudança social passa a existir.

Existem vários tipos de avaliação³². Pode ser para gestão, para decisão ou pode ser uma investigação avaliatória. Pode ter caráter formativo, quando intenciona melhorar o que avalia, ou somativo, quanto presta contas. Contudo, todas elas contêm a ideia de qualidade.

Qualquer processo de avaliação pressupõe a emissão de um julgamento que inculca um valor a alguma coisa que, conseqüentemente, será entendida como portadora de qualidade. Dessa forma, qualquer processo de avaliação remeterá ao estabelecimento ou não, a depender do seu resultado, de uma qualidade, de acordo com uma referência. Contudo, vale destacar que as avaliações visam, sempre, mudar a prática ao longo do tempo, contribuindo para um processo de melhoria continuada.

³² Sobre o assunto, ver Hartz e Silva (2005); Samico et al. (2005); Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004); Dennis (2010); Bosi e Mercado (2006); Contandriopoulos (2006)

As avaliações da qualidade voltaram-se aos serviços nos anos 1960, quando esses começaram a ser pensados como produtos, sendo, portanto, suscetíveis a uma estandardização na qualidade como um mecanismo de apreciação no mercado. No setor público, as questões de qualidade ganharam notoriedade em razão dos direitos sociais da população e dos movimentos dos consumidores. Na saúde não foi diferente. Os serviços prestados nesse âmbito também foram abarcados por esses movimentos, mas relacionados à gestão e à garantia de qualidade (Novaes, 2000).

Nas avaliações de qualidade concernentes aos serviços de saúde, o marco está com Avedis Donabedian. O ponto de partida seria a definição da qualidade, processo a processo, a partir da análise dos conceitos que desenvolveu – estrutura, processos e resultados – do ambiente de saúde que seria avaliado. Portanto, para cada avaliação proposta, teríamos uma definição de qualidade com base no que foi denominado por esse autor como os “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização e legitimidade (Donabedian, 1990 e 2003).

Contudo, as práticas de avaliação diferem das metodologias que buscam paridade com padrões através do levantamento feito por um processo que analisa determinadas condições de uma instituição frente a uma gama de itens.

O campo da avaliação entende o uso do termo ‘avaliação’ enquanto mecanismo de averiguação de determinadas condições frente ao alcance de objetivos estabelecidos previamente por programas ou políticas. Porém, esse termo também é utilizado enquanto ação em prol da conformidade com padrões o que gera uma confusão quanto aos seus significados.

A diferença maior está no fato de as avaliações de qualidade serem dinâmicas, enquanto as avaliações em prol de paridades são como uma fonte de conhecimento de uma realidade fixa, um quadro da situação das instituições e organizações em um dado momento. Nesse caso, os padrões podem ser utilizados para se dar um veredito: existe conformidade ou não existe conformidade. Não têm outra utilidade.

Ou seja, a acreditação enquanto avaliação em prol de uma paridade não pode ser entendida tal qual a definição do termo posta pelo campo da avaliação. No entanto, pode ser entendida como uma ferramenta de avaliação.

A acreditação

A acreditação é considerada uma ferramenta da qualidade que utiliza padrões em seu processo de mensuração de uma certa conformidade a qual indicaria um determinado grau de qualidade. A metodologia constituiu-se com o desenvolvimento do processo iniciado com os cinco padrões enunciados e utilizados por Ernest Codman, em 1910.

A medida que o próprio sistema de saúde foi se desenvolvendo, esses padrões mínimos e possíveis de serem alcançados foram aumentando em número e exigências, até o momento em que passaram a ser utilizados pelo governo americano em suas questões de financiamento e licenciamento. Nessa fase, a acreditação americana deu uma guinada e passou a demandar excelência dos ambientes de saúde.

Como qualquer sistema de avaliação voltado para uma área específica, ela mobiliza atores com inclusões e perfis profissionais próprios, ou seja, grupos de profissionais pertencentes a diversos setores e identificados com referenciais políticos, ideológicos e metodológicos específicos que, no uso regular da prática, parecem estar estabelecendo um campo adjacente ao da qualidade dentro do contexto da saúde.

No entanto, vale ressaltar que, enquanto alguns autores consideram a acreditação como uma metodologia pertencente ao campo da avaliação, como Novaes, que entende a acreditação como “uma forma combinada de avaliação para decisão e avaliação para gestão” (2000: 556), outros, como Cruz, definem a acreditação como uma “verificação da conformidade” (2012: 14).

A definição exata do termo geralmente encontra dificuldades, pois trata-se de um nome que deriva de um verbo. Portanto, o que se encontra nos dicionários, mesmo os em inglês, são definições para o verbo acreditar.

No Merriam-Webster (2012) “acreditar” (*accredit*) significa:

- a. dar autorização ou aprovação oficial em casos como: o fornecimento de credenciais, especialmente, no envio de cartas de autorização; reconhecer como conforme em relação a um padrão; reconhecer as instituições de ensino que mantêm os padrões que qualificam os graduados para admissão em instituições de ensino superiores, ou especializadas, ou voltadas ao ensino profissionalizante instituições de educação;
- b. considerar ou reconhecer casos de destaque;
- c. atributo, crédito (Merriam-Webster, 2012)³³.

³³ Livre tradução

No dicionário francês Larousse (2012), o termo “acreditação” (*accréditation*) refere-se à ação de acreditar um agente diplomático frente a um governo estrangeiro com credenciais. Já o termo “acreditar” (*accréditer*) significa: fazer alguma coisa ser crível, verossímil ou reconhecida oficialmente como verdadeira ao falar de alguém ou de alguma instituição, por exemplo uma enquete que confirme a tese de um atentado; oficializar uma palavra ou expressão; atestar as qualidades diplomáticas de um enviado a um país estrangeiro.

No dicionário de língua espanhola da Real Academia Española (2012), o termo “acreditação” (*acreditación*) significa: ação ou efeito de acreditar; documento que acredita a condição ou faculdade de uma pessoa no desempenho de uma determinada atividade ou um cargo. O termo “acreditar” (*acreditar*) significa: fazer algo digno de crédito, provar sua realidade ou veracidade; dar crédito ou reputação; dar segurança de que alguém ou algo é o que aparenta; dar testemunho em documento de que alguém tem condições de desempenhar cargos diplomáticos, comerciais, etc.

Acontece o mesmo quando se tenta identificar o significado da palavra “acreditação” nos dicionários brasileiros. A palavra não existe no Dicionário Aurélio (Ferreira, 1999), no qual se encontra apenas o termo “acreditar” cujo significado é: “conceder reputação a; tornar digno de crédito, confiança”.

Talvez a escolha de tal termo para definir a metodologia, que inicialmente se referia aos hospitais americanos, tenha tido o intuito de diferenciá-la de outras certificações e dar uma credibilidade além do reconhecimento de uma situação de qualidade. Um certificado de ‘acreditado’, nesse caso, talvez signifique mais do que apenas a obviedade de se ter atingido a conformidade, significa que, além dessa situação estática, uma instituição idônea acredita naquele ambiente de saúde quase como se ele tivesse um sentimento e uma capacidade própria de ação contínua em prol do seu desenvolvimento, por saber que algo ou alguém acredita nele.

Scrivens (1995) define a acreditação como um sistema de avaliação externa para determinar a conformidade com um grupo de padrões. A autora segue argumentando que a preocupação está na qualidade do cuidado dispensado, e, tradicionalmente, a sua proposta tem como base a crença de que os hospitais devem ser lugares seguros tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Para isso, certas atitudes devem ser

adotadas em prol de um hospital com qualidade. Essa autora considera que a lógica da acreditação está no fato de que os padrões ajudam os indivíduos no monitoramento de seus próprios comportamentos, garante que eles estão fazendo tudo o que se espera deles e, no momento que a concordância com os padrões é checada por pares, tem-se o processo de acreditação.

Atualmente, esses processos existem para os diversos ambientes de saúde, com manuais específicos. Um dos mais conhecidos é o Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003), da JCI. Embora já tenhamos utilizado essa definição em capítulo anterior, a reproduziremos aqui.

(...) um processo no qual uma entidade, em geral não governamental, separada e distinta das instituições de saúde, avalia instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de requisitos concebidos para melhorar a qualidade do cuidado. A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são em geral considerados ótimos e acessíveis. A acreditação possibilita um compromisso visível por parte da instituição em melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro e trabalhar continuamente para reduzir os riscos para pacientes e profissionais (...) (p. 1).

Em um dos manuais utilizados no Brasil, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002), a metodologia é definida como um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização.

Grosso modo, a acreditação está voltada para o funcionamento dos serviços de saúde baseado em padrões. Enfoca estrutura e processo como garantia de que haja condições para a realização de procedimentos médicos com segurança, presteza, habilidade e excelência. Avalia ainda as condições intrassistêmicas da qualidade e certifica se essas condições estão presentes ou não.

Geralmente, a acreditação apresenta-se por meio de manuais que contêm todos os padrões – expectativas relativas ao grau ou níveis de excelência, ou, ainda, ao que é possível alcançar quanto à qualidade de um determinado desempenho – para com os quais se deseja ter paridade. O manual é tido como um guia para o processo formal de busca pela certificação e os seus padrões variam de instituição para instituição

acreditadora.

Buscando o consenso com as instituições que irão utilizar os manuais, no tocante aos padrões, aos respectivos níveis propostos e aos critérios estabelecidos, os manuais são sempre objeto de consultas públicas. A finalidade é que todos tomem conhecimento dos padrões indicados e possam externar suas sugestões.

Ao final de todo processo de acreditação, uma instituição reconhecida, que pode ou não estar vinculada ao governo, dependendo de como cada país assimilou a metodologia, avalia os resultados encontrados. Essa ação é feita por um grupo de avaliadores, geralmente constituído por um enfermeiro, um médico e um administrador. A finalidade é reconhecer se a instituição de saúde está ou não em conformidade com os padrões publicados e emitir o certificado com o resultado.

Os certificados têm uma terminologia variada, a depender da metodologia de acreditação escolhida. São reavaliados periodicamente, podendo ser retirados em caso de denúncias de irregularidades comprovadas e mudanças nas características das instituições avaliadas.

Existem diferenças entre as metodologias de acreditação em atividade atualmente no mundo. Contudo, a maioria é proveniente da ideia americana de acreditação. O formato oferecido pela JCI foi o mais replicado, mesmo nos casos de adequações para manuais nacionais. Por isso, ele é utilizado aqui como um exemplo de manual para o desenvolvimento da metodologia.

O manual internacional citado é formado por padrões, organizados em onze funções, com a exposição dos respectivos propósitos; pelos elementos de mensuração dos padrões; e por políticas e procedimentos de acreditação. As funções estão relacionadas aos cuidados ofertados ao paciente, aos seus direitos e à educação, sua e de seus familiares; e à instituição de saúde, considerando-a segura, eficaz e bem gerenciada.

Esse manual sofreu uma revisão e foi lançado em 2012 com o título: *Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais* (2011). Nele, a definição de acreditação muda para incluir a questão da segurança do cuidado e para inferir os padrões como concretizáveis em vez de acessíveis. Além disso, a introdução do manual coloca o processo de acreditação como gerador de uma cultura de segurança e qualidade

para as instituições comprometidas com o desenvolvimento sucessivo dos processos de cuidado ao paciente e os seus resultados.

O novo manual contém três funções a mais que o manual de 2003. Das atuais catorze as novas correspondem a primeira, sexta e sétima das descritas a seguir.

1. Metas internacionais de segurança do paciente – IPSG.
2. Acesso ao cuidado e continuidade do cuidado – ACC.
3. Direito dos paciente e familiares – PRF.
4. Avaliação dos pacientes – AOP.
5. Cuidados aos pacientes – COP.
6. Anestesia e cirurgia – ASC
7. Gerenciamento e uso de medicamentos - MMU
8. Educação de pacientes e familiares – PFE.
9. Melhoria da qualidade e segurança do paciente – QPS.
10. Prevenção e controle de infecções – PCI.
11. Governo, liderança e direção – GLD.
12. Gerenciamento e segurança das instalações – FMS.
13. Educação e qualidade de profissionais – SQE.
14. Gerenciamento da comunicação e informação – MCI.

Os padrões são organizados em torno dessas funções e são apresentados com uma explicação sobre seus propósitos e seus elementos de mensuração para facilitar sua compreensão e utilização.

As funções têm dois focos que caracterizam as duas seções do manual: o paciente e a administração das instituições de saúde. Elas são consideradas comuns à todas as instituições de saúde e se direcionam à instituição, em sua integralidade, e a cada departamento, unidade ou serviço que compõem a instituição em questão. O processo coleta informações nos vários níveis que constituem essas funções, mas a decisão de acreditação considera o nível total de conformidade da instituição. Todos os padrões

De acordo com o Padrões de Acreditação (2011), para que o início do processo se formalize, a instituição deve adotar a metodologia voluntariamente, preencher um

formulário com sua descrição e firmar um contrato estabelecendo os termos do relacionamento entre ela e a instituição responsável pelo manual em seu país.

A partir desse momento, é formulada uma agenda da avaliação, em conjunto com a instituição, e o processo é iniciado como um programa de educação. O objetivo é disseminar o método por meio de um grupo facilitador, composto por profissionais de várias áreas da instituição de saúde. A responsabilidade desse grupo é a de estudar o manual para divulgá-lo internamente.

Nesse processo de disseminação e educação para a acreditação, a instituição que se voluntariou para o processo pode identificar a necessidade da presença de um técnico de educação em acreditação - TEA e da oportunidade de uma avaliação de educação. Nesses casos, a instituição responsabiliza-se pelos custos dos profissionais designados para a avaliação educativa, inclusive pelas despesas referentes à alimentação e ao transporte. No caso da presença de técnicos e avaliadores de outras regiões, a hospedagem é incluída nas despesas.

Na avaliação final, quando é necessária a presença de um avaliador estrangeiro da JCI, a instituição que está nesse processo também é responsável por viabilizá-la.

Essa avaliação educativa pode ou não complementar as atividades gerais em prol da certificação final e é conduzida pela equipe de avaliadores, que produzirão um relatório, o qual pretende permitir o desenvolvimento de um plano de ação baseado na real situação da instituição de saúde.

O método utilizado no desenvolvimento das avaliações para essa acreditação consiste no cruzamento das informações obtidas ao longo das diferentes fases do levantamento, que serão analisadas sob os três enfoques profissionais distintos descritos acima. As técnicas utilizadas são: entrevistas, observações e revisão de documentos, inclusive prontuários. A instituição ganhará uma pontuação, que indicará o nível de concordância no qual se encontra com relação aos padrões, sem esquecer que, sem a conformidade com os padrões nucleares, que devem ser atingidos de qualquer forma, a instituição não é acreditada.

A decisão sobre a avaliação será tomada por um comitê de acreditação e variará entre:

- “Acreditado” – a instituição demonstra conformidade satisfatória com os padrões

JCI, nucleares e não nucleares, em todas as áreas, conforme as regras de decisão.

- “Acreditação negada” – a decisão de negar a acreditação só é tomada quando uma organização está, de maneira consistente, em não conformidade com os padrões do manual, ou quando a instituição desiste voluntariamente do processo.

A instituição acreditada receberá um relatório final e um certificado com validade de três anos, durante os quais a instituição deverá se manter atuando de acordo com os padrões e, ao final dos quais, deverá ser reavaliada.

No caso de existir legislação nacional ou local vigente em relação a um padrão adotado no Manual Internacional, esse recomenda que se aplique a mais rigorosa das opções do país.

A princípio, qualquer instituição licenciada para prestar assistência à saúde no país que pretenda melhorar a qualidade de seus serviços e forneça os serviços abordados pelos padrões do manual, está apta a solicitar a acreditação internacional.

A JCI destaca que seu modelo de acreditação busca instrumentalizar a instituição de saúde de forma a assegurar à sociedade civil, cada vez mais organizada e ciente de seus direitos, a maximização dos cuidados e benefícios e a minimização dos riscos. A intenção é a de antecipar-se para, assim, evitar que problemas aconteçam. Com esse intuito, as certificações que concede têm validade definida, três anos, pois os parâmetros de avaliação atualizam-se ao longo do tempo, de acordo com as necessidades.

Durante o prazo de vigência do certificado, a instituição pode ser desacreditada em algumas situações, por exemplo: perda de licença de prestação de assistência à saúde no país; denúncia não anônima e comprovada de problemas que venham a comprometer gravemente a segurança, os direitos e os cuidados prestados ao paciente; modificação na estrutura de atendimento aos pacientes quanto ao seu tamanho ou localização; alteração do controle da instituição que afete o gerenciamento, os profissionais ou as políticas e os procedimentos operacionais; absorção, de alguma forma, de um serviço ou de um programa não acreditados.

Uma das características exacerbadas pelas instituições acreditadoras que utilizam o manual internacional é o caráter voluntário da metodologia. A outra é o fato de a avaliação ser feita por pares, ou seja, pessoas familiares ao ambiente hospitalar que possam assegurar a conformidade com os padrões e, até, oferecer sugestões para

problemas evidentes. Contudo, esses profissionais são independentes da instituição que está passando pelo processo. Essas características, em conjunto com o referencial em padrões, são imutáveis, independente do país que venha a adotar essa metodologia internacional.

Em suma, essa acreditação foi a pioneira e serviu de referência para os outros sistemas que se desenvolveram posteriormente no mundo. O fato de a acreditação basear-se em padrões confere a ela concretude dentro do debate abstrato da qualidade, permitindo o seu entendimento como uma ferramenta da qualidade que pode ser explicada, oferecida e propagada.

No entanto, dependendo do ponto de vista, a acreditação será entendida como uma forma de avaliação, um campo ainda em construção, mas que, da mesma forma, é um recurso que coopera com a institucionalização da metodologia nos cenários internacionais e nacionais.

O termo não tem uma definição clara e é usualmente confundido com outras palavras, independente do idioma escolhido. No Brasil, o entendimento aproxima-se de verbos fortes, como “acreditar” e “crer”. A situação é interessante. O neologismo pode vir a conferir um caráter de novidade e assertividade ímpar, embora a metodologia tenha uma história que remonta, com essa nomenclatura, aos anos 1950. Assim, a acreditação conta com o seu passado para conferir-lhe idoneidade. Ao mesmo tempo, a necessidade de adaptação ao termo permite o frescor de uma ideia sempre atual.

A acreditação é percebida como um sistema de avaliação externa, feita por terceiros, que, ao final do processo, emite uma certificação positiva ou negativa. A boa ideia está posta, está disponível e oferta um ótimo que preconiza ser flexível à adequação aos propósitos e aos ambientes de saúde de qualquer tipo, dimensão e inserção. A possibilidade é a do entendimento de que a metodologia está para além do benéfico, pois sua aceção é indubitavelmente, essencialmente, contemporânea e de excelência.

Todavia as sugestões de como adotar a acreditação inferem a necessidade de criação de um sistema nacional de acreditação com o envolvimento de vários atores e, se possível, com a chancela dos respectivos ministérios de saúde. Ou seja, desde o entendimento da ideia da acreditação até o seu aceite e a sua adoção como ferramenta, temos decisões políticas permeando o processo. Sem esquecer que adotar a acreditação

implica, em algum momento, o alcance de um resultado que pode beneficiar ou até prejudicar a situação geral de um determinado sistema de saúde e seus respectivos atores.

Da mesma forma, quando pensamos em acreditação, pensamos na *Joint Commission*. É natural. Essa empresa preocupou-se em disseminar uma ideia, a sua ideia de acreditação. Para isso, cresceu. Utilizou uma rede de instituições internacionais que parecem reger, de forma acordada e em consonância com a política internacional, as decisões do que é interessante e benéfico para os contextos nacionais. Passou a integrar essa rede, ou seja, passou a fazer parte desse conjunto de organismos que oferecem ideias para os que buscam sugestões.

Não necessariamente essas sugestões vêm acompanhadas de lembretes sobre o tempo de maturação que se fez necessário para as suas conformações. Tampouco vêm com alertas sobre suas estratégias de disseminação e *marketing*. Apesar de sermos capazes de descrever a história do desenvolvimento de uma dada ideia, nem sempre somos capazes de apreender as nuances envolvidas em cada passo que foi dado para que ela alcançasse o *status* e a concretude do período no qual a conhecemos. De igual modo, nem sempre somos capazes de perceber os movimentos que são feitos para que as ideias ganhem forma nos mais variados contextos.

Entretanto a ideia fica e é mais forte do que a norma ou a disciplina, pois age no modo de pensar. No pensamento, a ideia se naturaliza. Quando o problema aparece, a ideia vira demanda quase que instintivamente.

Ideia posta, demanda criada. "*Give 'em the razor; sell 'em the blades*" (frase creditada à King Camp Gillette, inventor da lâmina de barbear).

PARTE II

Capítulo 4

A acreditação e seus caminhos até o Brasil

Na década de 1970, os países lidavam com a crise do estado de bem-estar social e as discussões sobre o desempenho dos sistemas de saúde estavam em voga nos contextos nacionais. A necessidade, nesse momento, era a de conhecer melhor seus sistemas e usar, eficientemente, seus recursos para a ampliação do acesso à saúde das populações carentes sem, no entanto, incorrer em aumento dos custos.

De outro lado, a OMS, que havia sido criada para assistir a situação de saúde no mundo, estava tendo dificuldades com os seus programas. O número de estados-membros havia aumentado durante os anos 1960, e os problemas dos países em diferentes níveis de organização social, política e econômica estavam em sua agenda. Seu sucesso dependia de receptividade, eficiência e eficácia dos governos locais que estavam tendo contratempos com a implementação das ideias que propagava.

O contexto propicia as críticas ao hospital, que perde seu papel de destaque nos sistemas de saúde mais consolidados, em consequência de seus custos crescentes. Os debates passam a visar a promoção e a expansão da saúde em seu nível mais acessível, a atenção primária. As discussões da saúde como direito são instigadas pela OMS, e todo esse processo desdobra-se na Conferência de Alma Ata, que procurou apaziguar um contexto pós-Guerra Fria, época de grandes avanços tecnológicos, que se desdobrou no movimento da globalização (Freeman e Moran, 2002; Rivero, 2003; Matta, 2005; Fortes, 2007).

O mundo, ainda sob auspícios da bipolaridade, tinha, de um lado, a União Soviética, propondo uma abordagem que privilegiasse os sistemas de saúde e, de outro, Organizações Não Governamentais - ONG com ênfase nos cuidados primários. Contudo a ideia era a de alcançar um consenso, o que foi conseguido com a afirmação de que os cuidados primários seriam o foco central dos sistemas de saúde (OMS, 2008).

Todavia no decorrer da década de 1980, a OMS é cobrada por ações mais incisivas nos contextos de saúde nacionais. A meta estabelecida em Alma Ata, o SPTA

2000, via-se comprometida. Assim, a OMS avaliou que as dificuldades de sucesso de seus programas estavam relacionadas à falta de infraestrutura dos sistemas nacionais de saúde. Apesar de terem recebido incentivos estruturais, eles não haviam se desenvolvido como o esperado e, por isso, impactavam o sucesso desses programas.

No entanto, Rivero (2003) considera que os objetivos de Alma Ata foram prejudicados pelas políticas do Programa de Ajustamento Estrutural do Fundo Monetário Internacional - FMI. Para o autor, uma das causas foi a confusão entre considerar o SPTA 2000 um programa técnico e não social, mais burocrático do que político. A seu ver não se compreendeu que a saúde é um fenômeno social cujos determinantes não podem ser isolados de outros determinantes sociais e econômicos, sendo um processo social e político complexo, que demanda decisões políticas do âmbito estatal abrangendo todos os níveis de governo.

Nessa fase, pela participação dos escritórios regionais da OMS, foram estabelecidos objetivos com o intuito de providenciar mecanismos efetivos que garantissem a qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes e propiciassem estruturas e processos que afirmassem a melhoria contínua da qualidade.

Do ponto de vista dos países, a preocupação com as proposições de Alma Ata, somadas às preocupações com o desenvolvimento de seus sistemas de saúde, frente às dificuldades econômicas, colocou em voga a necessidade de aprofundamento sobre as suas realidades nacionais de saúde. As atenções voltam-se ao hospital por conta dos custos expressivos e do fato de ser um local significativo de provisão de tecnologias para a saúde, importante, inclusive, ao suporte à meta de expansão do acesso à saúde.

Assim, na década seguinte à Alma Ata, a OMS passou a discutir a questão dos padrões como mecanismo de conhecimento dos hospitais e desenvolvimento das realidades nacionais. Com isso, as discussões sobre a qualidade e sobre o campo correlato da avaliação vieram à tona como um meio de se averiguar e estimular o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Consequentemente, a ideia da necessidade de indicadores universais, que permitissem comparações, foi popularizada, não apenas pela OMS, mas também, por agências internacionais, como o BM e ISQua (Novaes, 2000; Matta, 2005; Fortes, 2007).

O contexto mundial era favorável à existência de organismos internacionais orientadores de uma determinada ordem que atuava sob a crença do benefício da oferta

de ideias. Portanto, nos contextos de saúde nacionais, pode-se perceber atuações de impacto importante em prol do preconizado. Com a acreditação, não foi diferente.

Como vimos, o tema na agenda da OMS era o sistema de saúde. O tema da qualidade surge de forma secundária no âmbito dessa instituição. Mas, sem dúvida, ao apontar nessa direção, a OMS não apenas colocou em voga a questão da *performance* dos sistemas de saúde nacionais, como também incitou o campo da qualidade. Da mesma forma, o tema dos hospitais voltou ao contexto das discussões, no campo da saúde, pela impossibilidade de se articular o desenvolvimento dos sistemas de saúde sem considerar seu peso no provisionamento de tecnologia de saúde e o seu impacto nas questões econômicas dos países. É nesse contexto que a acreditação ganha espaço.

O ideário acreditava nas benesses dessa metodologia. Em especial, em sua possibilidade de propiciar qualidade em ambientes de saúde de países com dificuldades econômicas e grande participação privada nos sistemas de saúde (Novaes e Neuhauser, 2000; Nanjdraj S et al. 2001; Fortes e Baptista, 2012). Difundiram essa ideia e seus mecanismos de implementação. Apontaram suas falhas, mas destacaram seus pontos fortes. Nesse nível de especialização, está a JCI, cuja função é olhar as questões no âmbito da garantia da qualidade, orientando o mercado de forma mais pontual.

A região da América Latina e o Caribe

Como desdobramento do estímulo dado pela OMS ao tema dos sistemas de saúde, a Opas, escritório da OMS responsável pela região da ALC, também procurou conhecer o estado da qualidade da saúde dessa região. Mas, segundo Novaes (2000), ambas as organizações não tinham iniciativas na área hospitalar. Para tal, convidam, em 1988, Humberto de Moraes Novaes³⁴ para assumir o cargo de Assessor Regional de Hospitais e Sistemas de Saúde da Opas (sobre a trajetória dos atores, ver o Quadro 5, anexo III), por conta de suas experiências prévias de atuação na área hospitalar. A intenção era a de conhecer o panorama dos hospitais na região e, posteriormente, iniciar um programa que os tivesse como foco (Novaes, 2000).

Por conta desse objetivo, aconteceram algumas reuniões na região. A primeira, em 1989, como uma consulta para conhecer o que havia em termos de habilitação ou acreditação de hospitais, cujo resultado identificou que não havia nada nesse sentido. A

³⁴ Novaes foi consultor permanente da Opas de 1980 até 1997.

segunda, no fim de 1989 e início de 1990, com o intuito de reconhecer a utilização de algum indicador de qualidade básico na América Latina.

Posteriormente, foi feita mais uma reunião, o Congresso de Infecção Hospitalar, dessa vez no Brasil, em Belo Horizonte, ainda nesse mesmo período, início dos anos 1990, para verificar os índices de infecção hospitalar. Ficou constatado que também não havia nenhum registro nesse sentido na ALC.

Em entrevista concedida Luiz Plínio Moraes Toledo³⁵ relata que Novaes, da Opas, aproveitou esse encontro, no Brasil, para apresentar a ideia da acreditação e convidou a Federação Brasileira de Hospitais – FBH³⁶ a voltar a participar da Federação Latino-Americana de Hospitais – FLAH.

Em 1991(...) Não, (...), 1990, teve um Congresso de Infecção Hospitalar, em Belo Horizonte, e lá o professor Humberto de Moraes Novaes, que naquela época era o Coordenador de Assistência Hospitalar da Opas, estava presente e conversou com o Presidente da Confederação Brasileira de Hospitais falando que estavam começando um trabalho sobre a acreditação. Nós não sabíamos bem o que era isso. E que gostaria que a Federação Brasileira de Hospitais voltasse a participar da versão Latino-Americana porque a Opas havia feito um convênio com a Federação Latino-Americana de Hospitais para produzir, desenvolver, um manual para hospitais da América Latina e Caribe e nós voltamos a participar.

Uma das consequências dessas reuniões foi a *Iª Conferência Latino-americana de Acreditação de Hospitais*, organizada pela Opas, em 1989, em Washington (sobre os eventos ver Quadro 2). Nesse evento, a OMS toma conhecimento da falta de adoção, por parte dos países, de qualquer tipo de mecanismo que evidenciasse a qualidade da saúde da região da ALC (Paganini e Novaes, 1992; Novaes e Paganini, 1994; Malik e Schiesari, 1998; Novaes e Bueno, 1998; Baptista, 1998; Pereira, 1998; Novaes e Neuhauser, 2000; Novaes, 2007; La Forgia e Couttolenc, 2009).

³⁵Toledo foi Presidente da Federação Brasileira de Hospitais e atualmente é um dos vice-presidentes. Foi também o primeiro Presidente da ONA sendo que nos dias de hoje é reconhecido como Presidente do Conselho de Administração dessa entidade. Esse é o único ator a não figurar no Quadro 5, *Linha do tempo atores*, pois os documentos e sites nos permitiram recuperar essas informações, mas não foi possível acessar com precisão as datas referentes ao início e mudança de mandato na FBH.

³⁶A FBH “é uma entidade associativa, sem fins lucrativos, que há mais de 40 anos representa o setor hospitalar brasileiro. Composta de 6.784 hospitais, dos quais, 2.916 prestam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Membro titular na Câmara de Saúde, a FBH participa das principais decisões do setor (...)” (Federação Brasileira de Hospitais, março de 2013).

Quadro 2: Linha de eventos em prol da institucionalização da acreditação no Brasil

ANO	EVENTO
1989	OPAS – Iº Congresso Latino-americano de Acreditação Hospitalar
1990	Programa Brasileiro para Qualidade e Produtividade (PBQP) - MS
1991	Início da experiência do CQH – São Paulo
1992	OPAS – IIº Congresso Latino-americano de Acreditação Hospitalar e Iº Seminário Nacional sobre Acreditação
	Criação do Grupo de Trabalho em Acreditação - GTA
1994	Prêmio Melhoria da Qualidade (PMQ) – Ministério da Saúde
	Seminário IMS/Uerj – ANM – CBC – JACHO – Canadá e criação do PACQS
1995	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS)- Ministério da Saúde /
	CNQPS – Ministério da Saúde / Ministério da Saúde – BM – Reforsus Início da experiência no Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo
1997	Mudança de Ministro da Saúde – entra Carlos de Albuquerque
	Parceria do Ministério da Saúde com as experiências desenvolvidas nesses quatro estados (RS, PA, RJ e SP)
1998	IMS/Uerj – ANM – CBC
	Criação do CBA Manual Brasileiro e Programa Brasileiro de Acreditação lançados no Simpósio Internacional da Qualidade – ISQua, em Budapeste
1999	IMS/Uerj – ANM – CBC – CBA
	Criação da ONA Criação da Anvisa
2000	Criação da ANS
2004	Convênio Anvisa – ONA

Fonte: Elaboração própria

Com base nessa informação, o então assessor da Opas decidiu pelo programa intitulado Acreditação de Hospitais, embora esse fosse desconhecido na região da América Latina (Novaes, 2000). Na opinião de Novaes e Neuhauser (2000) a escolha justificava-se pois “Fortunately, accreditation can often be achieved without major investments in infrastructure, which is an important consideration for the many nations in Latin America carrying heavy loads of foreign and internal debt” (Novaes e Neuhauser, 2000:1). Portanto, não oneraria os países da região já sacrificados pelas

dificuldades financeiras e econômicas em razão dos empréstimos internacionais e das dificuldades internas.

Os países latino-americanos haviam alcançado independência com economias adjacentes à internacional e sob influência de orientações políticas de ajuste neoliberal. Os anos 1980 haviam consolidado a crença dos governos conservadores de que o mercado competitivo geraria desenvolvimento e a ALC foi considerada um mercado emergente cujas economias e mercados deveriam ser liberados em prol dos objetivos da administração macroeconômica.

Nessa fase, os países da região lidavam com essas estratégias que também geravam conflitos de imposição social e política e provocavam mudanças no campo do poder político. A consequência foi a do abalo das autonomias nacionais no direcionamento de seus objetivos e de suas políticas públicas sob essas influências, ora indiretas, ora diretas. (Fiori, 2007).

Contudo, é interessante reparar que a região da ALC teve hospitais antes mesmo dos EUA. O primeiro das Américas foi o da Cidade do México, fundado em 1524. Os mais antigos da região da ALC são os do Brasil, 1543, e da Bolívia, 1548. Anteriores, por exemplo, aos primeiros hospitais do Canadá e dos EUA, respectivamente de 1637 e 1663 (Novaes, 2000; *História e evolução dos hospitais*, 1944).

Já o primeiro registro de auditoria médica é de 1785, no Hospital Santa Barbara de Sucre, Bolívia. O fato deixa claro que a preocupação, na região da ALC, com a qualidade desse tipo de ambiente de saúde não era uma ideia nova. No entanto, Novaes (2000) e o documento do Ministério da Saúde, *História e evolução dos hospitais* (1944), reconhecem que a história dos hospitais, na região, é de altos e baixos. Novaes (2000) ainda considera que:

Houve um período que eu consideraria o período negro dos hospitais latino-americanos. Foi quando, em 1978, na reunião anual da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, com a presença dos ministros de saúde, foi estabelecido um princípio chamado “saúde para todos no ano 2000”, através do enfoque de atenção primária em saúde. Em todas as normas, em todas as orientações, em todas as prioridades, a palavra hospital não foi mencionada uma única vez. São centenas de documentos de grande profundidade, de grande conteúdo social, porém a palavra hospital não foi mencionada uma única vez. (Idem:p.30).

Vale lembrar que o estabelecimento do objetivo SPTA 2000 fez com que a representação europeia da OMS estabelecesse metas, entre as quais o imperativo de construir mecanismos que afirmassem a qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes até 1990 e a necessidade de estruturas e processos que garantissem a continuidade da melhoria da qualidade com os cuidados em saúde e o uso apropriado das novas tecnologias até o ano 2000 (OMS, 2003).

Em 1978, também ocorreu a Declaração de Alma Ata³⁷. Ela destacou a atenção primária como essencial aos objetivos do SPTA 2000 e a posicionou como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Assim, o enfoque estaria na expansão desse nível de atenção e nos seus meios de acesso e não tanto na qualidade dos sistemas de saúde (Fortes, 2007).

Novaes (2000) destaca que só em 1988 Mahler, na época diretor-geral da OMS, afirma que a atenção básica não funcionava sem a existência de um hospital de referência. Ou seja, passados dez anos, o tal “período negro dos hospitais latino-americanos” tem fim e o hospital volta a ter lugar nas discussões sobre sistemas de saúde na ALC, por conta de seu aporte tecnológico ser um diferencial mesmo para a expansão da atenção básica. Com isso, era preciso introduzir os hospitais nos Silos, ao mesmo tempo em que era importante dar-lhes credibilidade ao assegurar a realização de serviços com qualidade e eficiência.

Assim, a Divisão de Desenvolvimento de Serviços de Saúde da Opas, cujo responsável era José Maria Paganini, determinou a implementação de um programa latino-americano de acreditação de hospitais. Por conta desse objetivo, alguns movimentos foram iniciados nessa região. São exemplos o envolvimento do Instituto para Acreditação de Estabelecimentos de Saúde - Itaes, da Argentina, e a parceria com a FLAH, firmada em um convênio, em 1990.

Hugo Arce (2000), médico argentino, membro da Sociedade de Auditoria Médica da Argentina, relata que o país foi convidado para participar do projeto em 1990/1991. Ele, como responsável pela empreitada, foi enviado ao Canadá e aos EUA para conhecer as metodologias utilizadas. A meta foi a de elaborar, através do Itaes, um primeiro modelo de manual de padrões apropriado para os hospitais da região ALC. O modelo foi aprovado em 1991, por 22 países, em Washington. Segundo Novaes (2000), o documento também foi lançado em Cuba no mesmo ano.

³⁷ *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.*

O desenvolvimento dessa atividade propiciou a criação do manual *Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Locais na Transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde. Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe*, em 1992, tendo como autores José Maria Paganini e Humberto de Moraes Novaes. O manual foi confeccionado em espanhol e seus padrões foram considerados flexíveis e passíveis de adaptação às realidades nacionais.

O documento foi apresentado em 1992, na *IIª Conferência Latino-americana de Acreditação de Hospitais* (Quadro 2), para ser divulgado aos países da América Latina e Caribe. Nesse momento, a FLAH participou cooperando com a distribuição gratuita do manual e incentivando o início de experiências em prol da utilização de mecanismos de qualidade na região (Paganini e Novaes, 1992; Novaes e Paganini, 1994; Malik e Schiesari, 1998; Novaes e Bueno, 1998; Baptista, 1998; Pereira, 1998; Novaes e Neuhauser, 2000; Novaes, 2007; La Forgia e Couttolenc, 2009).

Em sua introdução, os autores reconhecem que o documento tem uma dupla função: a primeira é o intuito de fornecer um esquema flexível que permitisse a inclusão dos hospitais na rede de serviços, e a outra, o de direcionar o desenvolvimento da qualidade dos serviços (Paganini e Novaes, 1992).

Além disso, o manual continha sugestões de como implementar a acreditação, com a participação de atores chaves e especialistas da área da saúde, e enfatizava a necessidade de organizar-se uma comissão nacional, com a participação de representações institucionais dos respectivos ministérios, seguridade social e setor privado com esse propósito.

Os documentos da Opas deixam claro que a intenção era a de que os padrões fossem flexíveis e adaptáveis às peculiaridades nacionais. Parece-nos que o objetivo da Opas foi o de possibilitar o desenvolvimento da qualidade de forma progressiva, considerando os vários serviços contidos nos hospitais e a complexidade de suas relações intersetoriais.

Feito isso, Novaes (2000) considera que foi quebrado o primeiro tabu da época, na Opas, que seria o de trabalhar com hospitais. Com isso, ela parte para acabar com o segundo tabu, que seriam as palavras “privado”, “particular”, por considerar impossível trabalhar na América Latina com hospitais sem considerar os privados.

É interessante destacar que o mercado de hospitais na ALC era expressivo. Na região existiam, aproximadamente 15 mil hospitais, com 1 milhão de leitos e 65 mil unidades ambulatoriais (Paganini e Mir, 1990). Desses hospitais, 70% eram de pequeno porte, em média com 70 leitos cada. Vale destacar que a maior parte dos hospitais localizados na ALC estavam no Brasil, 6 mil hospitais (40%), com 400 mil leitos (Novaes e Neuhauser, 2000), e que o setor privado tinha, ou tem, atuação expressiva nesse sistema de saúde, tanto na forma complementar quanto na suplementar. Portanto, não havia muitas alternativas de trabalhar com os hospitais sem considerar o seu componente privado. Por isso o duplo esforço: reintroduzir o hospital na agenda e discutir sua natureza variada.

Para isso, a Opas e a FLAH estimulam as federações e/ou associações de hospitais de cada país da região a trabalhar em parceria com seus respectivos países para que se pudesse começar um processo de acreditação. No caso do Brasil, Novaes (2000) ressalta que a Federação Brasileira de Hospitais - FBH não conhecia a existência da acreditação, mas prontificou-se a participar dessa empreitada aceitando voltar a participar da FLAH como membro contribuinte.

Nesse contexto, o manual foi um marco importante para o início das atividades da metodologia na ALC e para a promoção de encontros e conferências. De início, uma das questões postas foi a da necessidade de insistir na popularização da palavra acreditação para que não se perdesse a conotação com a confiança, existente nas palavras *accreditation* do inglês e *acreditación* do espanhol.

Novaes (2000) confessa que teve como objetivo proteger a palavra, nos países nos quais esteve presente como representante da Opas, e que a acreditação, tal qual na região da ALC, teve por base padrões que se apoiaram no proposto por Donabedian. Na sua opinião, a manutenção desse nome ajudaria a diferenciá-la e a confirmar o caráter inovador da metodologia.

Acreditação como é vista na América Latina, se baseia em padrões, usando o esquema clássico de Dr. Donabedian, de estrutura, processo, resultados e indicadores. A palavra indicador, e espero que para o Brasil também, é a evidência de um desempenho, não é o indicador epidemiológico clássico, onde se tem um numerador e um denominador. Nosso indicador é um indicador qualitativo que evidencia o desempenho daquele padrão. (...) E finalmente eu tenho que usar indicadores simples baratos e de fácil observação. (Idem:33)

O autor reforça a ideia de que o processo deve ser simples e adequado à realidade de cada país, respeitando as diferentes situações econômicas, para não ser invalidado. Arce (2000) corrobora com a proposta e relata que, mesmo no caso argentino, após o lançamento do manual que visava a região da ALC como um todo, foi necessário promover adequações à realidade de seu país, pois esse manual tinha caráter abrangente.

A visão era a de que não existem critérios de qualidade que sejam universais, necessários e válidos para todos os locais e situações, pois esses são consequência das circunstâncias históricas de cada sistema de saúde.

Esse pleito da flexibilidade para com o Manual está relacionado com a retórica argumentativa que reflete a noção de que os contextos nacionais, localizados na região da ALC, não necessariamente evoluíram de forma homogênea. Portanto, seus contextos de saúde teriam características distintas. Da mesma forma, foram objeto de interesses diferentes. Além da Opas oferecendo a acreditação, a JCI também oferecia a sua metodologia. Para Arce (1999), a JCI foi criada com foco no mercado da América Latina. “(...) JCAHO tried to extend its experience and advice to other countries, and especially to the Latin American region.” (Idem:425). Mas, como estavam oferecendo uma metodologia dita flexível e adaptável às nuances de cada país, não seriam um entrave.

O autor vai além e esclarece que houve uma barganha na associação entre a Opas e a FLAH.

It is important to highlight the fact that PAHO is an international governmental body. Consequently, the working plan and agreement with LAFH implied an opening to local associations and non-governmental organizations. As a very important share of the health sector is in the hands of Social Security and private initiatives, all efforts were focused on attracting the interest of these health care decision-makers. (Idem:idem).

A intenção foi a de superar as dificuldades provocadas pela participação de atores diferenciados, no processo de alguns contextos nacionais, na aceitação de metodologias aprovadas em consenso anterior. “(...) it became clear that not all countries were able to develop their own programmes by adapting tools previously approved by consensus, because other key stakeholders wanted a stake in programme development too.” (Idem:426).

Portanto, o manual proposto tinha que ser passível de alterações para, assim, abarcar os diversos interesses e permear os diversos contextos nacionais de saúde.

Passada a fase inicial de criação desse *guide* em prol da acreditação para a ALC, a metodologia começa a ser inserida nos contextos dessa região. Além do Brasil, foram feitas várias reuniões nacionais de divulgação, em países como Bolívia, Peru, Colômbia, Guatemala, República Dominicana e Cuba.

O Brasil

A acreditação é oferecida aos países da região da ALC sob a orientação de uma visão macro de necessidade de os hospitais serem reintroduzidos nas redes Silos como uma forma de incrementar as condições da provisão de saúde na atenção básica. Mas, no caso brasileiro, é importante lembrar que o contexto da época gerou necessidades distintas das preconizadas.

Na década dos anos 1970, a organização do campo da saúde brasileira praticamente se deu com o apoio unilateral entre os atores da arena pública e privada da saúde. Esses componentes foram se apoiando e influenciando, sempre modificando os pontos de equilíbrio da tensão do mercado nacional da saúde, na época, de uma maneira que acabou por consolidar o sistema híbrido, norteados pela noção da saúde como um direito. Noção essa que conhecemos.

Esse período foi caracterizado por uma reorganização no campo que incidiu na oficialização, via arena das políticas de saúde, de um determinado modelo médico assistencial privatista, bem explicado por Mendes (1993). Para esse autor, a relevância desse período está no fato de que se configurou um padrão de crescimento do setor privado, em especial o setor hospitalar, com especificações importantes como: “capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por consequência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade” (p.24), baseado em um tripé que cobria as principais necessidades do setor que viria a consolidar-se.

Vale destacar, como exemplos significativos de programas dessa década, a criação do *Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social* - FAS, o *Plano Pronta Ação* - PPA, e o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste* - PIASS.

O FAS estava voltado à ampliação e ao desenvolvimento de serviços de alta tecnologia, e o PPA criou a modalidade do convênio-empresa, na qual a empresa fornece a atenção médica para seus funcionários em troca de subsídio da Previdência Social. Assim, o FAS alavancou o parque hospitalar privado, e o PPA permitiu uma aproximação entre Estado e empresariado que deu as bases iniciais para o desenvolvimento de um sistema supletivo de atenção.

O desencadeamento desse processo gerou leis e mecanismos que fomentaram o modelo privatista e a definição das arenas de atuação dos atores participantes, assim como suas conexões e arranjos. Dessa forma, o Estado financiava o setor privado nacional e responsabilizava-se pela prestação dos serviços, e o setor privado internacional fornecia os insumos, equipamentos e medicamentos.

Entretanto esse desenvolvimento privatista sofre críticas de movimentos, iniciados em instituições acadêmicas em prol de uma medicina comunitária. O ápice se dá com a criação do PIASS, “primeiro programa de medicina simplificada em nível federal” (Mendes, 1993: 28). Esse programa foi criado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, em 1976, e foi dirigido por técnicos originários de projetos-piloto. Para Mendes (1993), esse é o momento em que se abre uma brecha para a entrada desses atores do movimento sanitário no aparelho de Estado.

Em paralelo ao desenvolvimento dessa cobertura, o momento de ‘abertura, lenta, gradual e segura’ do contexto político permitiu a participação de outros atores no âmbito das políticas de saúde, causando a ruptura do “monopólio dos anéis burocráticos previdenciários” (Idem:28). Novos interesses passaram a integrar o debate nesse contexto.

Portanto, em nosso país, a proposta de Alma Ata não chegou a influenciar os discursos no âmbito da saúde, na década de 1980. O Brasil, na realidade, já fazia extensão de cobertura.

Assim, em contraposição ao contexto macroeconômico de crise e consequente ofertas de políticas reformistas, sob a dinâmica da globalização, o Brasil, nas discussões referentes aos objetivos específicos das políticas de saúde, expôs metas contrárias ao difundido.

O processo de desenvolvimento histórico específico da área da saúde brasileira, em conjunto com o contexto de redemocratização no qual o país se encontrava, tinha apelos mais fortes que a crise econômica mundial. O fato propiciou a abertura de uma

janela de oportunidade política que permitiu a consolidação da saúde como um direito, na *Constituição da República Federativa Brasileira*, de 1988, apesar do contexto de reformas em que se encontrava o Estado.

Ao mesmo tempo em que a visão do acesso universal à saúde concretizava-se, a saúde antecedente, de essência privada, manteve seus alicerces. E, a medida que propiciou o nascimento dessa saúde pública universal, por conta de sua incapacidade de abarcar a maioria da população, ela também fez transparecer, de imediato, os problemas que esse componente já continha.

Escorel (2008) coopera com o detalhamento do panorama privado que estava se concretizando no sistema de saúde do Brasil e suas dificuldades. A autora infere que tanto a prática médica quanto a medicina de grupo estavam orientadas para o lucro e, por isso, estavam deturpando o sistema.

No caso da prática médica, essa autora volta a 1966, época na qual a saúde, até então provida pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, fora centralizada administrativa e financeiramente sob o recém-criado Instituto Nacional de Previdência Privada - INPS. Com isso, o Instituto passara a ser o maior comprador de serviços privados de saúde. O fato fez com que a medicina, na tentativa de ser lucrativa, cometesse deslizos do tipo: cobrar por pacientes e ações não existentes para elevar as Unidades de Serviço - US, forma de pagamento da época; e optar pelos procedimentos mais caros em lugar de semelhantes com valor mais acessível.

No caso da medicina de grupo, há pouco mencionada, a prestação estava sob responsabilidade das empresas contratantes que, com o pré-pagamento fixo, por funcionário, garantiam atendimento quando necessário. Contudo o interesse dos grupos médicos contratados estava em reduzir os custos e a quantidade dos serviços prestados em vista do lucro.

Outra característica dessa modalidade foi a suspensão, por parte das empresas, do pagamento ao INPS. O fato foi resultado de um acordo³⁸ entre as partes no qual as primeiras, ao contratarem a medicina de grupo, reduziram suas contribuições ao instituto pois entendiam que já estavam pagando com acesso à saúde. A alegação foi a de que os trabalhadores e seus familiares não necessitariam da assistência médica

³⁸ Esse acordo durou até a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, em 1981, para reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos e fazer frente a crise previdenciária do início dos anos 1980.

previdenciária. No entanto, os funcionários que demandavam assistência de maior complexidade ou grandes períodos de internação continuavam a ser atendidos pelo INPS.

Esses eventos, segundo Escorel (2008), denegriam e obstruíam a saúde pública que já se iniciava ineficiente e carente de recursos, cooperando para um cenário de saúde cujas relações eram complexas e imbricadas.

Da atuação do INPS, interessa também ressaltar que, nessa fase, passou-se a utilizar a *Tabela de Classificação de Hospitais*, em 1968, que se desdobrou no *Relatório de Classificação Hospitalar - Reclar*, em 1974, época em que também foram criados o *Formulário de Classificação Hospitalar* e o *Comprovante de Classificação Hospitalar*. Os documentos foram formulados com o intuito de uniformizar os dados obtidos nas auditorias.

O Reclar era constituído de tabelas que traduziam a composição dos hospitais em seus aspectos estruturais, mas autores como Campos (2006), Schiesari e Kisil (2003) consideram que já se podia perceber que alguns dos itens incorporavam a concepção dos processos. Os autores afirmam que a necessidade de classificar os hospitais estava atrelada à limitação das diárias hospitalares relacionadas à classificação do hospital e à diária nacional para cada especialidade. A classificação validou a existência de diversos tipos de hospitais e beneficiava a diferenciação dos pagamentos.

Como parte da trajetória institucional da saúde, foi criado o *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps*³⁹, em 1977, que ocupou o lugar do INPS na administração do sistema de financiamento da previdência. O Inamps herdou o Reclar, porém a função dessa classificação reduzira-se ao credenciamento para fins de prestação de serviços, “predominando critérios políticos” (Schiesari e Kisil, 2003:10).

Assim, buscava-se, de alguma forma, tratar do âmbito hospitalar. A movimentação até a criação do Inamps e a própria atuação dessa instituição deixa clara a existência de técnicos familiares ao hospital com o interesse de organizá-lo. Nas entrevistas feitas para este trabalho, essa instituição foi lembrada como uma referência de experiência dos atores envolvidos no processo de acreditação. Da mesma forma, o Reclar foi lembrado como um processo de padronização. Portanto, haviam iniciativas em prol desses ambientes de saúde e atores interessados em desenvolver algum processo voltado à

³⁹ Inamps foi uma autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde. Em 1993, foi extinto pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.

qualidade quando a Opas, no início da década de 1990, propôs a acreditação como metodologia para a região da ALC.

Embora o discurso da Opas tenha sido o da falta de iniciativas definidas em prol da qualidade e da necessidade vital de reinserir o hospital nos Silos, não se pode dizer que não se pensava em qualidade e que tal ambiente fora totalmente descuidado no Brasil.

Ao mesmo tempo, se considerarmos os proponentes das ideias da acreditação, da inserção dos hospitais na rede Silos, e se percebermos que, ao serem inseridos dessa forma nos sistemas de saúde, esses ficaram vulneráveis ao conhecimento internacional, vale refletir sobre o que significa um dos componentes mais custosos de um sistema de saúde estar vulnerável a uma determinada ordem hegemônica e a seus respectivos atores.

Os primórdios da acreditação no Brasil

A acreditação chega ao Brasil no início dos anos 1990, quando acontece em Brasília o *Iº Seminário da Opas*, como um desdobramento da *IIª Conferência Latino-americana*, ainda em 1992. Nesse momento, é forte a presença da Opas, por meio de seu interlocutor Humberto Novaes, no país. Esse processo de implementação da metodologia, instigado por essa instituição, iniciou-se atrelado às discussões no contexto de organização do Silos, com o apoio de outras instituições internacionais e, no caso do Brasil, com a participação da FBH.

Segundo o *Global Review* (2003), a OMS apoiou iniciativas à introdução da acreditação no Brasil, e Schiesari (1999) indica que é possível perceber alguma atuação do BM no âmbito da acreditação, nesse mesmo período, em tal contexto. Essa autora destaca que o BM apoiou, em 1991 e 1992, uma pesquisa sobre as iniciativas brasileiras para garantia da qualidade, cujo resultado indicou “ser urgente a necessidade de introduzir no País um sistema independente de acreditação de hospitais” (Idem:82).

Da mesma forma, em 1996, foi aberto o *Centro de Colaboração Cochrane do Brasil*, em São Paulo, na época vinculado à *Escola Paulista de Medicina*, cujo intuito foi o de cooperar com os provedores de saúde, formuladores de políticas, pacientes, seus advogados e seus cuidadores em suas tomadas de decisões referentes aos cuidados em saúde.

(...) make well-informed decisions about health care, by preparing, updating, and promoting the accessibility of Cochrane Reviews – over 5,000 so far, published online in the Cochrane Database of Systematic Reviews (...) Our work is internationally recognised as the benchmark for high quality information about the effectiveness of health care. (Cochrane, 2012).

O interesse dos vários organismos internacionais em atuar no Brasil sempre esteve presente e expandiu-se para a área da saúde. Nessa fase de introdução da ideia da acreditação, não foi diferente, embora as sugestões quanto à adoção da metodologia não fossem diretas. A atuação, por exemplo, do BM também se direcionou à saúde, embora o foco majoritário desse tipo de organismo internacional fosse áreas mais abrangentes, como é o caso da qualidade.

Por exemplo, documentos produzidos pelo BM, como *Brasil. A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90* (BM, 1995), debateram a qualidade. Nesse documento em especial, a qualidade foi denominada como “o componente esquecido” (BM, 1995: 113) frente a sua deteriorização. “A qualidade foi afetada enfraquecendo o sistema e comprometendo a sua reputação” (Idem: 2)

Todavia, mesmo com a sugestão da necessidade de adoção de mecanismos voltados à garantia da qualidade que fossem baseados em padrões, não houve uma sugestão pontual de qual mecanismo adotar. Pelo contrário, o texto comenta que o ideal não seria simplesmente adotar mecanismos em prol da qualidade, americano ou de qualquer outro país, pois considera que esses geralmente não estão voltados às soluções participativas.

Apesar dos esforços significativos de um grupo seletivo de hospitais, foram poucos os mecanismos sistemáticos de aferição e garantia de qualidade adotados na área de assistência médica. (...) O desafio é precisamente desenvolver métodos modernos de garantia de qualidade apropriados à realidade brasileira e viáveis para uma ampla gama de unidades ambulatoriais e hospitalares. Há programas em andamento que podem servir de laboratórios para testar iniciativas brasileiras de garantia de qualidade. Porém, essas iniciativas bem sucedidas necessitam ser integralmente avaliadas, compreendidas e adaptadas aos ambientes extremamente diversos dos estabelecimentos de saúde que não fazem parte do primeiro escalão. (Idem: 113).

O tema dos sistemas de saúde estava em voga no mundo por conta de sua propagação pela OMS. A importância de pensar na garantia da qualidade havia sido institucionalizada com a criação da ISQua. A evidência da necessidade da ferramenta, na região da ALC, estava posta pela Opas. A participação do BM não apenas corroborou com o dado, mas permitiu os meios de estabelecimento e desenvolvimento de alguma experiência em prol da garantia da qualidade.

No Brasil, já existiam discussões sobre o desenvolvimento de um sistema de saúde com base no uso de padrões como um mecanismo de suporte às melhorias. O tema, em si, não era exatamente uma novidade. Por isso, existem autores (Schiesari,1999; Schiesari e Kisil, 2003) que voltam à década de 1940, época da classificação de hospitais feita pela Divisão de Organização Hospitalar - DOH, criada pelo Ministério da Educação e Saúde e ligada ao Departamento Nacional de Saúde, para explicar a introdução da acreditação no Brasil.

Entre as incumbências da DOH, existiu a responsabilidade de criar um plano de uma rede nacional de hospitais, de acordo com as demandas de cada região, e também a responsabilidade de criar normas e padrões para instalação, organização e funcionamento da rede hospitalar. A intenção foi a de estimular o desenvolvimento e a melhoria dessas entidades voltadas à assistência e a de estabelecer padrões, na época voltados para a estrutura, passíveis de ampliação ao longo dos anos. A ideia era a do “Hospital Padrão Progressivo e Flexível” (*História e evolução dos hospitais*, 1944: 156).

O nosso padrão data de 1941, foi publicado no Relatório do Departamento de 1942 e só em 1943 saiu publicado um padrão semelhante, quanto à finalidade, nos Estados Unidos, oficializado ali pelo Departamento Federal de Saúde, denominado “Assembly Hospital”, algo diferente quanto à concepção, entretanto, muito interessante pelos estudos de minúcias verdadeiramente modelares. (Idem:158).

Com isso, confirma-se que o intercâmbio entre os interessados em algum tipo de padronização hospitalar não é recente. O documento de 1944 relata idas ao exterior de alguns dos responsáveis pelo início desse processo, no Brasil, e refere-se a textos produzidos pelo CAC. Da mesma forma, pode-se dizer que a discussão sobre a utilização de padrões para hospitais sempre acompanhou o contexto de desenvolvimento dos debates sobre a organização do próprio sistema de saúde brasileiro.

Grosso modo, o debate sobre padrões acompanhou as questões levantadas pela DOH, nos anos 1940; as tentativas de organizar a provisão hospitalar dos institutos de aposentadoria das classes trabalhadoras, por meio do credenciamento dos hospitais para convênios, nos anos 1960; o estabelecimento do Reclar, do Inamps, nos anos 1970; a criação da Comissão de Avaliação Hospitalar, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC e o *Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária*, que propunha normas racionalizadoras da prestação de serviços, da alocação de recursos e de medidas de avaliação e controle, nos anos 1980.

Schiesari (1999) corrobora, chamando a atenção para o fato de que as preocupações presentes nessas discussões sobre a classificação assemelhavam-se às preocupações do CAC, nos anos 1900. A percepção era a de que os EUA, a partir da conciliação de suas experiências com o conhecimento adquirido do exemplo europeu, havia desenvolvido um sistema nacional, original, de avaliação.

Entretanto esse sistema sempre apresentou a mesma preocupação presente nos EUA de adaptar o modelo à realidade e às necessidades específicas nacionais. Ou seja, a compreensão é a de que a adoção dessa ou daquela metodologia em prol da qualidade seria um desdobramento de preocupações sempre presentes no campo da saúde, que acompanharam, de alguma forma, as questões sobre o desenvolvimento desse setor no contexto brasileiro. Para alguns, esses desdobramentos propiciaram a acreditação.

No entanto, a literatura deixa claro que os esforços mais sistematizados no campo da avaliação, nas democracias ocidentais e também na América Latina, datam da década de 1990. A avaliação foi difundida como um mecanismo de apoio para os sistemas de gestão e controle dos Estados. No Brasil, percebe-se, pela literatura, que o período coincide com as tentativas mais organizadas de acesso à acreditação. A fala dos entrevistados sobre o assunto indica que a introdução da metodologia nesse contexto deu-se, inicialmente, por dois movimentos conjuntos e não excludentes, que caracterizaram momentos específicos da acreditação no Brasil, como veremos a seguir.

Capítulo 5

Os momentos da acreditação no Brasil

O primeiro momento: aproximação com a metodologia

Em 1990, a Opas e a FLAH promoveram discussões sobre a acreditação no contexto da América Latina. Malik e Schiesari (1998) atribuem a esse movimento o início de experiências pontuais no Brasil, como o *Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar - CQH*, em São Paulo.

Esse programa contou inicialmente com a participação da Associação Paulista de Medicina - APM, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp e do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Malik e Schiesari (1998) comentam que “Seu instrumento original era mais curto que aquele proposto pela OPAS (...)” (Idem:33). Schiesari (1999) detalha que o CQH “inspirou-se na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (Idem:90), tomando por base os padrões então divulgados, porém criando um mecanismo mais simples.

O CQH estabeleceu-se como um selo de qualidade e não necessariamente como uma metodologia de acreditação. Seu objetivo inicial foi o de estimular a criação de programas de qualidade nos hospitais e assim cooperar com o desenvolvimento do atendimento hospitalar. Contudo, esse programa restringiu-se ao estado de São Paulo.

Na época do início desse programa, 1991, todos os hospitais de São Paulo, cerca de 800, receberam convite para filiação com a explanação sobre os objetivos, a metodologia e o respectivo termo de adesão. Desses, 200 interessaram-se, mas apenas 120 tomaram parte do programa. Atualmente, esse número mantém-se na faixa dos 200, sendo que alguns hospitais localizam-se fora do Estado de São Paulo (CQH, 2012).

Hoje o programa ainda conta com a APM e a Cremesp como entidades mantenedoras. Como entidades apoiadoras, há o *Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - PROAHS*A, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP e à Fundação Getúlio Vargas - FGV; a Fundação Nacional da Qualidade - FNQ; a Universidade Federal de São Paulo - Unifesp/Escola Paulista de Medicina; o *European*

Foundation for Quality Management - EFQM; e a Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - Abrampas (CQH, 2012).

Em 1992, época em que ocorreu a *II Conferência da Opas sobre a acreditação*, aconteceu, no Brasil, com o incentivo da Opas e da FBH, o *Iº Seminário Nacional sobre a Acreditação* (Quadro 2), em Brasília. Esse seminário terminou concluindo que: o controle da qualidade era relevante e pertinente; a acreditação seria uma ferramenta válida para o controle da qualidade; o manual proposto seria o instrumento básico para o início do processo; e os participantes disseminariam o debate em seus órgãos (Onaeducare, 2006).

Novaes (2007) relata que, nesse período, a FBH foi contratada para publicar e distribuir, em português, cópias gratuitas do manual da Opas para todos os hospitais brasileiros. Toledo coloca, em entrevista, que foram convidados para esse seminário as entidades que tanto Opas quanto a FBH entendiam ser as representativas do setor da saúde com poder de decisão.

Foram convidados na época os representantes de diversas entidades que a Opas e a Federação Brasileira de Hospitais entenderam que eram representativas do setor. Algumas não concordaram em participar (...) não poderiam de imediato ir à luta (...). Teria que aprovar em cada estado, cada região do estado, para depois aprovar no estado, para depois trazer para ser apoiado em nível nacional. Então, era inviável porque a gente queria que tivesse um representante que pudesse chegar na reunião, discutir e votar. Se concordava ou não com aquele manual que estava sendo elaborado (...) Fundamentalmente esse seminário foi organizado pela Federação Brasileira de Hospitais, com o apoio da OPAS local. (...). Foi feito inclusive na sede da OPAS, em Brasília. Com a apresentação desse manual sugeriu-se a cada uma das entidades, que levasse o manual, que foi distribuído um para cada um, e discutisse nas suas entidades o que essas entidades achavam de nós tentarmos usar isso meio como o borrão para o manual de acreditação para o país.

No entanto, atores com experiências sólidas no campo da saúde, respaldados por participações no extinto Inamps e, posteriormente, no Ministério da Saúde, entre outras atividades no campo da saúde pública, que participavam desse processo, relatam dificuldades com esse manual.

Péricles Cruz⁴⁰ explicou, quando da sua entrevista para esta pesquisa, que pouca importância foi dada a esse manual, pois o assunto não era recorrente nos hospitais e o próprio manual também não se adequava à realidade brasileira. Também em entrevista, Maria Manuela Santos⁴¹ mencionou que o manual utilizado pela Opas, na época, era antigo.

... em 1992, quando esse manual foi feito em espanhol já era um manual completamente defasado, no começo. A Joint Commission já tinha um manual totalmente diferente com uma metodologia diferente com uma proposta de avaliação diferente que vigorou a partir de 1987. (...) Bom, aí eles trouxeram isso ao Brasil, negociaram com a América Latina toda. Não foram bem sucedidos porque já havia muitas dúvidas, ninguém sabia o que era acreditação no Brasil. Inclusive, achavam essa palavra horrível e portanto ninguém queria muito saber disso nessa época.

Talvez por isso, na reunião seguinte, ocorrida no final desse mesmo ano, o número de participantes tenha diminuído e as dificuldades entorno de um consenso sobre a acreditação e seus padrões tenham surgido. Parece-nos que esse processo findou com um acordo.

O grupo, embora reduzido, deparou-se com a dificuldade em estabelecer consenso em torno da metodologia e dos padrões a serem adotados. Apesar disso, alguns pontos foram contemplados, incluindo o conceito de acreditação. O grupo concordou ainda que o processo deveria ser de responsabilidade de um organismo não governamental sem fins lucrativos, do qual participariam representantes de órgãos envolvidos no processo, a começar pelo próprio Ministério da Saúde. (Schiesari, 1999:83).

Esse grupo menor era o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar – GTA (Quadro 2), formado com o apoio da Opas, com abrangência nacional. O grupo formou-se no final de 1992 em consequência das reuniões organizadas pela Opas (Malik e Schiesari, 1998; Schiesari e Kisil, 2005).

⁴⁰ Pertence ao Ministério da Saúde. Foi auditor do Inamps, pertenceu à Coordenação da Região Sul dessa instituição. Participou da criação da ONA, onde atua até hoje como consultor.

⁴¹ Maria Manuela Santos também pertenceu aos quadros do Inamps, foi chefe de gabinete da superintendência no Rio de Janeiro e foi secretária de saúde do estado do Rio de Janeiro. Na entrevista que concedeu para esta pesquisa, relatou participação no grupo criado, em 1994, por José Noronha, o PACQS. Faz parte do CBA desde a sua criação.

“Fui secretária executiva desse grupo de pesquisa que o Noronha montou e a partir daí, nunca mais sai. Eu vim desde o início. Eu realmente participei de todas as etapas e aí, quando foi criado o CBA, eu virei a Secretária Executiva do CBA. (...) e a gente criou o estatuto e tudo o mais e eu virei a superintendente. Então, desde o início eu tenho acompanhado isso.”

Em 1992 teve início o programa de organização da acreditação no Brasil, em Brasília, a partir de discussões com a participação das principais entidades ligadas à saúde. (...) As entidades participantes deste evento constituíram um conselho e um grupo menor compõe a comissão técnica – o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar, criado a partir do incentivo da Opas. (Schiesari e Kisil, 2005:13).

O GTA contou com a participação de representações dos grupos já envolvidos com a acreditação em alguns estados brasileiros, da área de prestação e financiamento de serviços públicos e privados, de entidades acadêmicas e de associações de profissionais. Schiesari (1999) explica que sua atuação foi capitaneada por representantes do PROAHSA, mas o GTA não se atrelou a nenhuma entidade específica nem constituiu personalidade jurídica. Na realidade, “este grupo era identificado como ‘de São Paulo’” (Idem:91). O grupo foi responsável pela adaptação do manual da Opas e pelo pré-teste que ocorreu posteriormente, em diversos hospitais, para sua validação.

Essa primeira movimentação com intuito experimental em prol da metodologia da acreditação contou com atores em inserções específicas. Nesse período, o Ministério da Saúde, tendo à frente Adib Jatene⁴² (sobre os ministros da saúde ver Quadro 6, anexo IV) procurava iniciativas em prol da qualidade dos cuidados em saúde. Nessa fase, uma das pareceristas chamada a cooperar foi Lynn Silver⁴³, médica americana, com experiência em consultorias para organizações como BM⁴⁴, OMS, Fundação Kellogg, Fundação Ford e outras voltadas aos assuntos referentes às políticas na área da saúde.

Segundo as entrevistas feitas com José Carvalho de Noronha e com o Grupo da Visa⁴⁵, Silver já lidava com a qualidade e sugeriu trabalhar com o modelo da *Joint Commission*, lançando a fagulha dessa metodologia de acreditação no âmbito do Ministério da Saúde. A ideia estimulou José Carvalho de Noronha a visitar essa instituição e a estudar a metodologia de acreditação que ofereciam.

⁴² Essa fase diz respeito ao primeiro período em que Adib Jatene esteve como Ministro da Saúde, entre 13/02/1992 e 01/10/1992.

⁴³ Lynn foi casada, durante esse período, com o médico Roberto Passos Nogueira, um importante ator da Reforma Sanitária que também atuou junto à Opas. Essa médica também trabalhou no Brasil como pesquisadora da ENSP/Fiocruz, de 1989 até 1996, e como diretora da Universidade de Brasília, de 1997 até 2002. Atualmente, trabalha no *Department of Health and Mental Hygiene for the Bureau of Chronic Disease Prevention and Control*, na cidade de Nova Iorque, EUA.

⁴⁴ Por exemplo, o documento citado *Brasil. A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90* (BM, 1995) reconhece ter se apoiado em documentos feitos por especialistas, entre eles Lynn Silver. Essa especialista também participou do GTA.

⁴⁵ O grupo que aqui denominamos o grupo da Visa é o grupo da Vigilância Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz que é integrado por: Vera Lúcia Edais Pepe, Lenice Gnocci da Costa Reis e Marismary Horsth de Seta, que foram entrevistadas juntas.

É importante mencionar que, da mesma forma que houve o relevante desempenho de Humberto Novaes/Opas em prol da introdução da acreditação na região da ALC e no Brasil, esse não foi o único ator cuja atuação foi diferenciada no contexto brasileiro.

No Brasil, nesse período, existiam pessoas preocupadas com as discussões sobre o desenvolvimento do sistema de saúde que já encaravam os debates sobre a crise desse sistema considerando os hospitais. Nesse contexto, buscava-se estruturar o SUS e expandir a cobertura. Portanto, ao mesmo tempo em que era importante a população acessar os hospitais, era importante que esses fossem custo-efetivos e de qualidade.

Assim, se de um lado temos Novaes atuando pela Opas, de outro, temos José Carvalho de Noronha⁴⁶ com passagens importantes pelas esferas governamentais, inclusive no Ministério da Saúde, por instituições nacionais como Inamps, Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Uerj, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - Cepesc⁴⁷, CBC, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco, entre outras, e instituições internacionais como Opas, OMS, *Joint Commission Resources* - JCR – subsidiária da JCAHO – e ISQua.

Vale lembrar que o Inamps preocupava-se com os hospitais, tendo sido responsável pelo Reclar, inicialmente voltado para a classificação e, depois, para o credenciamento dos hospitais. Na realidade, todo o desenrolar da história dos hospitais, no Brasil, até a criação do Inamps, é um indício de que existiam atores preocupados em discutir o hospital. Ou seja, não necessariamente o Brasil participou do tal “período negro dos hospitais latino-americanos” mencionado por Novaes.

José Carvalho de Noronha atuou como médico do Inamps, foi Secretário de Medicina Social dessa instituição e sabia da existência da acreditação.

Olha só, a primeira vez que eu ouvi falar da acreditação é antigo porque eu sou médico e sabia que nos Estados Unidos tinha um sistema de avaliação dos hospitais, a ideia da Joint Commission. Sabia da Joint Commission e dos hospitais. Eu sabia por dever do ofício, como médico e tal, era uma coisa antiga. (...) eu via isso de uma maneira não formal, muito intuitiva, sem estudá-la, como um atributo da medicina americana que, por princípio, ela era objeto de todas as minhas cautelas, restrições, etc.

⁴⁶ Noronha esteve vinculado ao Inamps de 1983 até 1992, quando passou aos quadros do Ministério da Saúde, e foi Secretário de Estado de Saúde de 1988 até 1990.

⁴⁷ O Cepesc é uma entidade privada sem fins lucrativos, vinculada ao IMS/Uerj. Atua como um gestor de recursos de pesquisa e de projetos, alguns de intervenção na área de Saúde Coletiva.

Em 1993, época em que foi diretor do Instituto de Medicina Social - IMS/Uerj⁴⁸, Noronha foi convidado a participar do programa *Eisenhower Exchange Fellowships*⁴⁹. Durante a sua estadia nos EUA, visitou o presidente do departamento responsável pelo *Medicaid* e o *Medicare*⁵⁰. Esteve com um assessor do vice ministro da saúde dos EUA à época e visitou hospitais em mais de um estado americano. Como também iria visitar o CAC e a Associação Médica Americana, que se localizam em Chicago, mesma cidade onde está sediada a *Joint Commission*, pôde visitar essa instituição, na qual foi recebido pelo então presidente. A experiência em solo americano foi intensa e o aproximou da metodologia de acreditação da JCAHO.

Nessa fase, o Inamps foi extinto e seu corpo funcional foi incorporado aos quadros do Ministério da Saúde⁵¹. Portanto, vários técnicos com familiaridade nas questões sobre os hospitais encontravam-se nessa esfera de poder. Esse era o caso do Noronha e de outros atores que participaram das primeiras experiências com a acreditação no Brasil.

Na realidade, esse foi um momento incipiente para as questões voltadas à qualidade na saúde de uma forma geral. Pode-se dizer que já haviam políticas para esse setor. O SUS encontrava-se recém-criado. Contudo havia “herdado” da estrutura anterior seus respectivos parâmetros quantitativos que, nesse momento, mostravam-se obsoletos e rudimentares frente aos novos objetivos que visavam um acesso universal e novas práticas.

A necessidade de reorganização do sistema fez emergir preocupações com a qualidade. Esse campo procurava se estruturar e buscava mecanismos que possibilitassem o levantamento de um determinado estado das coisas em prol da eficiência. O foco não era a acreditação, mas essa ideia encontrou lugar dentro desse debate.

⁴⁸ Noronha foi diretor do IMS/Uerj de 1992 até 1996.

⁴⁹ A *Eisenhower Exchange Fellowships* é um programa da Fundação Eisenhower que oferece bolsas anuais de estudo para que profissionais americanos e estrangeiros, de 47 países, possam visitar, respectivamente, outros países ou os EUA. Esses profissionais são considerados proeminentes em seus países, são selecionados por comitês e, ao final desse processo, um profissional estrangeiro é convidado a fazer o programa. Os programas são individualizados e personalizados de acordo com as áreas de atuação e interesse de cada um desses profissionais. A Fundação entende que tem por missão “identificar, empoderar e relacionar líderes preeminentes pelo mundo e ajudá-los a alcançar resultados consequenciais entre setores e fronteiras” (Eisenhower Fellowships, 2012).

⁵⁰ Sobre o *medicaid* e o *medicare* ver nota de rodapé nº 11, na página 25.

⁵¹ Art. 5º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 – “Os servidores do Inamps, ocupantes de cargos efetivos, passam a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde, respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção por redistribuição para o Ministério da Previdência Social ou outro órgão ou entidade federal, observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde.”

Assim, na entrevista, o Grupo da Visa lembra que Lynn Silver, durante sua passagem pela ENSP, ministrou um curso intitulado *Avaliação da Qualidade*, que associava essas questões à ainda embrionária área da vigilância sanitária, trazendo também o aporte da ainda pouco conhecida metodologia da acreditação.

Nas entrevistas, é latente o sentimento de que os anos 1990 foram os anos da busca pela qualidade. O fato corroborou a constatação feita pelos organismos internacionais do vazio existente nesse campo. Mas buscavam-se novos conhecimentos e avanço. Portanto, várias iniciativas procuravam estudar mecanismos em prol de alguma qualidade e não apenas de acreditação. Dentro desse processo, essa era apenas uma opção entre outras.

Da mesma forma, o setor privado procurava se normatizar. Ainda não existiam mecanismos que atendessem as demandas dos consumidores individuais de planos e seguros de saúde, consequência do rápido crescimento do setor. Os problemas causados pela combinação de preços abusivos com uma oferta restrita de serviços geravam um alto número de processos judiciais e uma forte repercussão negativa da opinião pública na mídia. A situação também expunha as fragilidades do governo quanto a sua capacidade de resposta ao problema (Costa e Castro, 2004; Filho, 2004).

Ou seja, o campo da saúde, conformado por vários grupos com interesses distintos, investigava formas, métodos, ferramentas e metodologias que propiciassem mudanças e o alcance de uma determinada organização que permitisse lidar e adequar o sistema aos seus novos objetivos e às suas novas formas de articulação. Agora, a saúde contava não apenas com as questões de cidadania, mas também com as de defesa do consumidor.

Esse cenário permitiu que as várias instituições pelas quais Noronha transitava, no início dos anos 1990, juntassem-se e organizassem um evento. Com isso, da mesma forma que Novaes havia propiciado o *1º Seminário no Brasil*, em Brasília, no ano de 1992, para apresentar o manual adaptado da Opas, Noronha reuniu o IMS/Uerj, a Fundação Cesgranrio, o CBC e a Academia Nacional de Medicina - ANM e promoveu um seminário voltado à metodologia da JCI, em 1994.

Nesse período, Noronha estava atuando como diretor do IMS, instituto pertencente à Uerj, cujo reitor era Hésio Cordeiro⁵², na época também Coordenador de Saúde da Fundação Cesgranrio. A Fundação havia expandido suas atividades para a área da acreditação como mais um nicho de mercado, justificando, assim, o seu interesse em participar.

Como o modelo de acreditação original que Noronha havia conhecido era consequência do desenvolvimento e interesse de um grupo de cirurgiões americanos, representados pelo CAC, pareceu-lhe natural convidar a instituição brasileira semelhante, o CBC. Até porque essa já havia expressado interesse em desenvolver algum mecanismo de orientação à qualidade dos hospitais no passado.

O CBC, nos anos entre 1957 e 1959, iniciou visitas aos hospitais com o intuito de dinamizar suas atividades e colaborar com a sua própria consolidação. “Nessa época, o CBC já se preocupava com a qualidade dos serviços de saúde. Por isso, em colaboração com a Associação Brasileira de Hospitais, fez pesquisas para instituir o padrão mínimo de qualidade dos estabelecimentos de saúde do país.” (CBC, 2007: 19). Todavia a crise política que se iniciou no Brasil no período imediatamente posterior fez com que a instituição entrasse em crise financeira, diminuindo o escopo de suas atividades, o que ocasionou a estagnação desse projeto.

Em 1985, o CBC voltou-se mais uma vez aos hospitais. Criou a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais, pois almejava cooperar com o treinamento e a habilitação dos novos cirurgiões. Em 1986, o CBC ainda promoveu um evento sobre o assunto. No entanto, mais uma vez, o projeto não progrediu.

Prevendo a relevância do tema, o presidente do CBC convidou o representante do *American College of Surgeons* na *Joint Commission International*, André Vegas, a proferir uma conferência sobre Acreditação em Hospitais no 17º Congresso Brasileiro de Hospitais, realizado em 1986 (Idem: 29).

O Colégio criou novamente uma Comissão de Avaliação e Qualificação dos Hospitais com Serviços Cirúrgicos, tendo como objeto desenvolver e ampliar critérios de qualidade. O projeto nunca atingiu o estágio de aplicação nos serviços de assistência médica por falta de investimento. (BM, 1995:149)

⁵² Hésio Cordeiro foi Diretor do IMS de 1983 até 1984. Presidente Abrasco de 1983 até 1985. Presidente do Inamps de 1985 até 1988. Reitor da Uerj de 1992 até 1995. Coordenador de Saúde da Cesgranrio pelo período de 1992 até 2003 (Currículo Lattes, 2012; Casa de Oswaldo Cruz. Disponível em http://icaatom.coc.fiocruz.br/index.php/coordenador-de-saude-da-fundacao-cesgranrio:isad?sf_culture=en Acessado em dezembro de 2012)

Nildo Aguiar participou dessa comissão que ficou na memória. Assim, quando Noronha procurou o CBC, esse médico, conhecido como um dos precursores da Reforma Sanitária, concordou em cooperar. A afinidade entre os dois se expressava por um passado com passagens pelo Inamps, onde Aguiar havia sido dirigente regional; pelo Ministério da Saúde, órgão do governo no qual o último atuou como conselheiro do Ministro Adib Jatene na ocasião de seus dois mandatos⁵³. Além disso, Aguiar dirigiu o Hospital de Ipanema em vários períodos. Ou seja, também tinha experiência enquanto gestor no campo dos hospitais.

As relações entre eles se estreitaram e Noronha ingressou como membro do CBC, em 1994. Em junho desse mesmo ano, passou a Membro da Comissão Especial Permanente de Acreditação de Hospitais/CBC e, em agosto, como Coordenador do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde/CBC.

O *Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade* (Quadro 2), organizado em 1994 pelas instituições do Rio de Janeiro – IMS/Uerj, CBC, ANM e Cesgranrio – contou com a participação de William Jesse⁵⁴, vice-presidente de pesquisa da JCAHO e Raymond Carignan, vice-ministro da saúde da Província de Quebec, do Canadá. Contou também com o apoio da Opas, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - Fenaseg e do Inca (Schiesari, 1999).

Essa época contou igualmente com outros movimentos institucionais em prol do adensamento do campo da qualidade. Alguns, como o da FBH, que criou o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar - INBRAH, composto de várias organizações, focaram na acreditação. Outros, como o do Ministério da Saúde, focaram a qualidade, introduzindo mecanismo formal como o *Programa de Melhoria da Qualidade* – PMQ (Quadro 2).

A necessidade de pensar mecanismos que garantissem a qualidade era latente e possibilitou espaços fecundos para as discussões sobre metodologias com esse objetivo. O cenário permitiu a entrada da discussão da acreditação no Brasil através de dois movimentos. Esses movimentos não foram excludentes. Percebe-se que, naquele momento incipiente, eles foram complementares, somando algum tipo de conteúdo e

⁵³ Nildo Aguiar atuou como conselheiro de Adib Jatene em 1992 e no período de 1995 a 1996.

⁵⁴ Jesse foi Presidente da ISQua em 1989 (Isqua, 2012).

agregando diversos atores dos setores público e privado ao contexto de debates que se caracterizou.

A situação permitiu a entrada da ideia da acreditação representada em duas formas. A primeira, em sua forma já modificada para a região ALC, aconteceu do ponto de vista da organização dos sistemas proposta pela Opas. Essa tentativa buscou uma aproximação da metodologia ao contexto dos países dessa região. Contudo, apesar da constituição de um grupo de trabalho com o intuito de adaptar a metodologia, no Brasil, como o assunto não era conhecido e o manual apresentou dificuldades, essa metodologia ganhou compasso moroso.

A segunda entrada deu-se depois, apresentada por um grupo de instituições, localizadas no Rio de Janeiro com o apoio da Opas e de algumas organizações governamentais. Essas instituições contavam com alguns participantes que, interessados em desenvolver a qualidade nos hospitais, já haviam feito algum movimento de aproximação ou com a ideia de desenvolver padrões nesse sentido ou com a própria metodologia americana tal como ela se apresenta.

Esse movimento, talvez pelo escopo das atividades dessas instituições, cuja natureza é de menor abrangência do que a de uma organização como a Opas, e pela situação de algum grau de independência decisória de seus gestores, possibilitou afinidades com a metodologia americana. Isso talvez se deva ao fato de que sua dimensão de mercado permita uma percepção de versatilidade e inovação que uma metodologia voltada à ideia de contextos nacionais e sistemas, apenas pela grandiosidade do projeto, já se demonstre pesada e lenta.

De qualquer forma, a absorção de qualquer metodologia ou ideia apresentada sofre modificações quando transpassa os limites de seus territórios. Sejam eles formados por uma região que pretende agrupar países ditos semelhantes, por conta de algumas características até similares, ou um território nacional que se vê semelhante a outro por conta de alguma conformação estrutural.

O segundo momento: as experiências em curso

Em 1995, iniciaram-se as experiências com o manual proposto pela Opas e revisto pelo GTA (Quadro 2). Elas se desenvolveram em estados já com alguma iniciativa em prol da qualidade nos ambientes hospitalares. Os participantes foram

convidados a adotar a metodologia com o intuito de se chegar a um consenso, objetivando a implementação de um programa em nível nacional. Os grupos que participaram, nesse primeiro momento, localizavam-se em São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro (Baptista, 1998; Schiesari, 1999; Santos, Temporão, Noronha e Parada 2000; Novaes e Neuhauser, 2000; Feldman, Gatto e Cunha, 2005).

As participações deram-se da seguinte forma:

- Em São Paulo, com o CQH já mencionado e o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar – INBRAH, criado pela FBH.
- No Rio Grande do Sul, pelo Instituto Nacional de Acreditação em Saúde, organização não governamental, do setor privado, com a participação das federações dos hospitais privados, medicinas de grupo e seguradoras privadas. Seu instrumento básico foi o manual da Opas. Elementos desse grupo participavam com alguma regularidade do GTA, embora sua atividade no estado fosse independente (Malik e Schiesari, 1998); e pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde - IAHCS, que, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente e o Sebrae/RS, desenvolveu um projeto-piloto para a determinação de padrões para os hospitais (Onaeducare, 2005).
- No Paraná, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, um grupo, a partir do trabalho com o manual adaptado pelo GTA, desenvolveu de forma ampla um programa de acreditação no estado. Além disso, essa Secretaria, com base no controle de infecção hospitalar, disseminou sua preocupação com a qualidade, usando o processo de acreditação através do Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde - IPASS (Malik e Schiesari, 1998).
- No Rio de Janeiro, a experiência foi capitaneada pela Fundação Cesgranrio, inicialmente voltada para a avaliação do processo educacional brasileiro, mas que também passou a oferecer a avaliação na saúde, dando à acreditação uma dimensão de negócio (Schiesari, 1999).

A experiência do Rio de Janeiro foi um desdobramento do seminário realizado em 1994 e deu bases para a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde - PACQS, sob tutela do conjunto das instituições IMS/Uerj, CBC, ANM e Cesgranrio (Noronha, Travassos, Rosa e Temporão, 2000; Novaes, 2000; Santos et al., 2000; Temporão et al., 2000). Esse programa foi estruturado, conforme Noronha, Travassos, Rosa e Temporão (2000), com base no *Programa Brasileiro para Qualidade*

e *Produtividade* – PBQP (Quadro 2), do Ministério da Saúde⁵⁵, e foi coordenado, até o ano 2000, por Noronha.

Baptista (1998) relata que o Ministério da Saúde procurou trabalhar essas experiências de forma conjunta. A meta era criar um instrumento nacional de avaliação tendo em vista um programa nacional de acreditação hospitalar, sob a responsabilidade de um organismo não governamental. A situação favoreceu a criação do *Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde* - PGAQS (Quadro 2) no âmbito do Ministério da Saúde, nesse mesmo ano de 1995.

(...) como uma forma de procurar-se agregação de todos ao processo, para a construção de um método de consenso, ao nível nacional. Esse método visa a apresentar padrões passíveis de aplicação em todo o país, aproveitando integralmente a experiência desenvolvida pelos quatro estados, sem a distinção individual, e possibilitar também o maior comprometimento de todos com o programa, bem como o acompanhamento do respectivo processo de implementação. (Idem: 100).

O projeto foi coordenado pelo Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde e teve como base o Manual de Acreditação elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde e a Federação Latino-Americana de Hospitais, de autoria de Humberto Moraes Novaes e José Maria Paganini; sob consultoria do primeiro (...) para buscar o estabelecimento do consenso de opiniões, de modo a alcançar padrões de avaliação comuns a todos. (Idem: Idem).

O PGAQS⁵⁶ teve como coordenador José Noronha e como coordenador adjunto o Péricles Cruz. Destinou-se a conjugar essas experiências embrionárias de acreditação, dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro, com estudos feitos sobre os manuais internacionais. Inicialmente, voltaram-se à tradução dos manuais de países como Espanha (Catalunha), EUA (manual da JCI) e Canadá e depois focaram a tentativa de desenvolvimento de um modelo de acreditação que pudesse ser aplicado no Brasil (Cruz, entrevista).

Esse programa originou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde – CNQPS (Quadro 2), cujo foco foi elaborar as diretrizes do PMQ, lançado pelo

⁵⁵ O PBPQ da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade - FPNQ foi criado pelo governo federal, em 1990, para dar suporte às indústrias do Brasil que precisavam se adaptar à concorrência estrangeira. O Programa teve como objetivo difundir os conceitos de qualidade (como uma estratégia empresarial), gestão e organização da produção para cooperar com a modernização das empresas brasileiras (Avança Brasil, 2012). O programa era coordenado pelo Chefe da Casa Civil da Presidência da República (Noronha, Travassos, Rosa e Temporão, 2000). Em 1996, o PBQP criou a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para os anos de 1997/1998 (Baptista, 1998).

⁵⁶ Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995.

Ministério da Saúde no ano anterior, e disseminá-lo, inclusive em outras esferas do governo. Da mesma forma, a CNQPS teve a incumbência de discutir as questões relacionadas à qualidade da assistência prestada (ONA, 2006).

O PMQ voltou-se para diferentes áreas econômicas e sociais procurando distanciar-se da auditoria. A meta foi propor uma abordagem variada de ações e padrões de melhoria da qualidade voltada ao estabelecimento de uma cultura da qualidade. (Noronha, Travassos, Rosa e Temporão, 2000; Feldman, Gatto e Cunha, 2005).

Esse elenco de acontecimentos favoreceu o envio de um projeto ao PBQP com a definição de metas para a inserção da certificação de hospitais nomeado de Acreditação Hospitalar (ONA, 2006).

Nesse momento, atores com preocupações afins e voltados à necessidade de buscar qualidade nos ambientes hospitalares são posicionados no PGAQS. Aproveitando essa oportunidade, Noronha sugere o desenvolvimento do tema da qualidade, já tendo como foco a acreditação conforme havia conhecido.

Nessa fase, 1995, também ocorreu o Reforsus⁵⁷, tendo como interlocutor Adib Jatene em seu segundo período como Ministro da Saúde⁵⁸. Esse projeto do BM disponibilizou investimentos no montante de 650 milhões de dólares para a saúde. Esses investimentos foram atrelados à determinadas áreas como a do desenvolvimento institucional, na qual podia-se elencar um projeto de qualidade (Banco Mundial, 1996).

Da mesma forma que o primeiro momento da acreditação contou com movimentos complementares, as atividades ocasionadas durante o ano de 1995 refletiram esforços em comum. Para os atores ligados à Opas, ao MS ou ainda aos diversos organismos profissionais do campo da saúde, a empreitada foi a mesma: o estabelecimento de um programa de acreditação hospitalar brasileiro.

Essas instituições trabalharam de forma coordenada contando com atores que tinham afinidades referentes às suas trajetórias profissionais e que, eventualmente, contavam com mais de um tipo de inserção.

⁵⁷ Projeto que contou com financiamento do BM e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, totalizando 650 milhões de dólares em investimentos para melhorar os serviços de saúde no Brasil. O financiamento de atividades em prol da qualidade que estivessem afinadas com o PMQ estava previsto.

⁵⁸ Período 1995-1996.

As tentativas de se estabelecer algum programa de acreditação, mesmo que como um subprograma de algo mais abrangente, como o Reforsus, ou como uma certificação que viesse a ser oferecida pelo PBQP, cooperaram para a disseminação da ideia da acreditação.

Em 1996, os acontecimentos na esfera da acreditação diminuem de compasso ao ponto de os atores entrevistados comentarem que essa foi uma fase em que o Ministério da Saúde deixou de lado, esquecido, o PGAQS e o projeto da acreditação. Com isso, os atores desarticularam-se, e a equipe técnica que se formara para o programa, no Ministério, desfez-se. Alguns técnicos voltaram às suas instituições de origem e o próprio coordenador afastou-se por conta de outras atividades que começou a desenvolver.

O terceiro momento: nacionalização e institucionalidade

Pode-se dizer que o terceiro momento da acreditação foi aquele em que, por conta de uma movimentação de atores entre as instituições, a acreditação nacionalizou-se. Durante esse processo, conformaram-se ao menos duas metodologias distintas.

Em 1997, Carlos César Silva de Albuquerque⁵⁹, médico, assumiu o Ministério da Saúde, e Barjas Negri, economista, assumiu a Secretaria Executiva desse Ministério. A intenção parece ter sido a de azeitar as características da gestão nacional voltada à saúde com os objetivos do governo federal da época. Colocava em atuação conjunta dois técnicos, no que Baptista (2003) considerou ser uma boa “vitrine da política de Governo”⁶⁰ para as reformas pelas quais o Estado passava⁶¹.

Nesse cenário, foi lançado o documento *1997, o Ano da Saúde no Brasil: Ações e Metas Prioritárias*.

com diretrizes políticas vitais para a consolidação do SUS... Neste documento é exposta a intenção de utilização de indicadores de desempenho e de resultados das ações e programas de saúde (...) ênfase na qualidade dos serviços de saúde é ressaltada pelo

⁵⁹ O Ministro Carlos César Silva de Albuquerque será referido desse momento em diante, nesse trabalho, como Carlos Albuquerque

⁶⁰ A saúde havia sido um dos cinco eixos prioritários de campanha do então Presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1º de janeiro de 1995 (ele se reelegeu presidente, mantendo-se no cargo até 1º de janeiro de 2003).

⁶¹ O Estado passava por uma grande reforma de ajuste e corte neoliberal proposta pelo presidente Fernando Henrique e iniciou uma grande reforma de estado através do Ministério da Administração Federal e da Reforma de Estado - Mare. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas no campo da saúde. ver Baptista, 2003.

estabelecimento de um certificado de qualidade hospitalar (...) (Klück e Prompt, 2004:71).

A estratégia exposta pareceu-nos estar em consonância com o apregoado pelas reformas e com a lógica de mercado que transpareceu nas ações de minimização da atuação do Estado. Com isso, facilitou-se um cenário de agências regulatórias e organismos não governamentais de modo geral e, igualmente, na saúde.

Esse também foi um período de inflexão no campo da saúde que ainda lidava com a estruturação do SUS. Ou seja, apesar de a saúde estar lidando com a consequente necessidade de ampliação de acesso, passou a focar a eficiência dos recursos existentes. Inclusive, frente às regras que passaram a definir o financiamento do setor (Baptista, 2003). A saúde mudava de rumo.

Feldman, Gatto e Cunha (2005) ratificam esse cenário, esclarecendo que o Reforsus havia estabelecido, como projeto estratégico e prioritário do Ministério da Saúde, para os anos de 1997 e 1998, a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde. Com isso, o Ministério divulgou iniciativas para estabelecer a acreditação através do projeto Acreditação Hospitalar, como parte do Programa de Apoio Financeiro para o Fortalecimento do SUS, encapsulado no Reforsus.

Para Ichinose e Almeida (2001), “A acreditação hospitalar no Brasil teve impulso a partir de 1997 quando o Ministério da Saúde (MS) encaminhou o ‘Projeto de Acreditação Hospitalar’ ao Reforsus/Banco Mundial” (Idem:1).

Com a importância dada à qualidade dos serviços, Humberto Novaes, até então da Opas⁶², foi contratado como consultor do Ministério da Saúde, em 1997, e os trabalhos para a implementação da acreditação voltaram a ganhar força. Schiesari e Kalil (2003) referem-se à contratação de Novaes como uma das iniciativas do Ministério para o desenvolvimento da acreditação no contexto da saúde, com o objetivo de unificar os vários esforços que ocorriam em diversas regiões do Brasil.

Toledo corrobora com a observação ao relatar, em entrevista, que antes dessa contratação o Ministério da Saúde não participava das reuniões em prol da acreditação e

⁶² É importante lembrar que esse agente é o mesmo que foi contratado pela Opas para incluir os hospitais na rede Silos e desenvolver a acreditação, como uma ferramenta que lhes desse credibilidade e, assim, cooperar com a melhoria da rede de atenção básica de cuidados em saúde que havia sido identificada como o foco crucial para o cumprimento da meta *Saúde para Todos no Ano 2000* estabelecida pela OMS, em 1978.

deixou clara a sua intenção de unificar as iniciativas existentes, em nosso país, em prol da acreditação .

(...) eu não me lembro do representante do Ministério da Saúde nessas reuniões iniciais. O Ministério da Saúde começou a aparecer realmente quando o Humberto veio coordenar o movimento para a acreditação, como consultor do Ministério da Saúde. Foi na época do Ministro Carlos Albuquerque. (...) Eu entendo que isso aconteceu com o Dr. Carlos Albuquerque (...) porque ele foi presidente da Abrahue⁶³ e como presidente da Abrahue ele encaminhou representante para a primeira reunião, para a segunda reunião, para representar esse grupo e discutir o manual brasileiro. (...) É praxe os ministros virem na feira hospitalar aqui em São Paulo, todo ano. (...) na primeira feira que ele apareceu, no seu discurso, ele declarou que ia contratar, através do Ministério da Saúde o professor Humberto Novaes para coordenar uma ação de união dos diversos grupos que surgiram no país, naquela ocasião.

Assim, o ingresso de Novaes no Ministério da Saúde significou a retomada da experiência iniciada no contexto do PGAQ. O trabalho de tradução de alguns manuais estrangeiros e cooperação entre as experiências nacionais para a adaptação do manual da Opas para o Brasil é reiniciado e as iniciativas: em São Paulo – CQH/AMP/Cremsp; no Rio Grande do Sul – Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade - PGQP; no Paraná – Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde - IPASS/ Secretaria Estadual de Saúde-PR/Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná - FEHOSPAR; e no Rio de Janeiro – IMS/Uerj, ANM, CBC, Cesgranrio; são convidadas a participar. O objetivo foi buscar um consenso entorno de uma única metodologia para o início da implementação de um programa nacional de acreditação hospitalar. A finalidade foi a implementação da metodologia, sob responsabilidade de um órgão nacional, com um instrumento igualmente nacional.

Durante esse percurso, que visava um manual brasileiro, as instituições do Rio de Janeiro, que haviam organizado o PACQS (CBC, ANM, IMS/Uerj, Cesgranrio), promoveram, sob a condução do Noronha, a oficina de trabalho *A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde*. Essa oficina contou com o apoio da Financiadora de Estudos e Projetos - Finep e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - Faperj. Para esse simpósio, foram convidados representantes internacionais de instituições como: JCI (Jim Janesky e Paul Van Ostenberg), Fundação Avedis Donabedian (Luís Bohigas), *National Center for Quality Assessment in Health*

⁶³ Abrahue - Associação Brasileira de Hospitais Uiversitários e de Ensino, entidade que Carlos Albuquerque presidiu de 12/09/1995 a 17/12/1996 (Abrahue, março de 2013)

Care (Rafael Nizankowski), Polônia, e Itaes (Hugo Arcer) (Santos, Temporão, Noronha e Parada, 2000; CBA, 2012).

Os desdobramentos desse acontecimento ocasionaram a criação do CBA, uma união das instituições que criaram o PACQS, em junho de 1998 (Schiesari, 1999; Temporão, Rosa, Maglutta e Berenger 2000; Santos, Temporão, Noronha e Parada 2000; Feldman, Gatto e Cunha, 2005; CBA, 2012).

Atualmente, o CBA atua em parceria com a JCAHO. Para Temporão, Rosa, Maglutta e Berenger (2000), o desafio do CBA é

estar em consonância com os padrões atuais internacionais para a acreditação e para seu próprio funcionamento, adaptando-se à realidade brasileira; adotar uma abordagem que permitisse que os hospitais estabelecessem bases conceituais e técnicas adequados à nossa realidade, desenvolvendo a consciência da necessidade da busca contínua da melhoria de desempenho, preparando-se para estar em conformidade com os padrões de acreditação do CBA (Temporão, Rosa, Maglutta e Berenger, 2000:94-95).

Como o grupo responsável pelo PACQS colaborava com as discussões em prol da criação do manual brasileiro, capitaneadas por Novaes, e como agora esse grupo era o CBA, esse passou a participar dos trabalhos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as outras instituições mencionadas, visando um esboço de manual brasileiro para a acreditação de hospitais.

A partir desse esboço, o Ministério da Saúde coordenou um teste em 17 hospitais de natureza, porte e localizações variadas pelo Brasil. Essas unidades de saúde foram escolhidas de forma aleatória, independente de terem ou não alguma experiência com a qualidade e também não tiveram tempo para nenhuma preparação prévia. Em entrevista, Péricles Cruz relata que

... e esse manual foi aplicado nesses hospitais para descobrir se ele era factível, se era aplicável, se tava dentro da realidade brasileira, se não era uma coisa impossível de ser alcançada (...) a ideia era exatamente essa. Ver, fazer um retrato da realidade brasileira. (...) era chegar no ótimo e no ruim para estabelecer um bom: o que é aqui, o que é aqui, e aonde é que a gente vai estabelecer um ponto em comum para esses dois de tal forma que esse aqui possa se trabalhar e esse aqui também possa se trabalhar e crescer. É. uma coisa interessante porque a grande preocupação desse momento era a de que não fosse uma coisa inatingível.

Passada essa fase inicial das experiências, foi elaborada a primeira versão do *Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais*. Feldman, Gatto e Cunha (2005) destacam que o manual foi apresentado e o *Programa Brasileiro de Acreditação* foi lançado no *Simpósio Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde*, da ISQua, ocorrido em Budapeste, em outubro de 1998. “Nesse mesmo ano é assinado o Termo de Compromisso por todas as Entidades Fundadoras, junto ao Ministério da Saúde, para a criação de um Órgão Nacional de Acreditação” (ONA, 2006).

A ONA não foi criada como uma instituição acreditadora. É uma ONG voltada à organização do conjunto formado pelas várias instituições que já atuavam em prol da qualidade. Ou seja, credencia instituições que passaram a acreditadoras sob os preceitos da metodologia com adoção do Manual Brasileiro. Entre elas, encontrava-se o CBA.

Nesse terceiro momento da acreditação, é interessante notar que a mudança ocorrida de ministros, antes Adib Jatene e depois Carlos Albuquerque⁶⁴, fez com que os atores – Humberto de Moraes Novaes e José Carvalho de Noronha – trocassem de posição e definissem duas metodologias distintas. O primeiro antes atuava pela Opas e agora se encontrava na esfera central do Ministério da Saúde, defendendo uma metodologia de âmbito nacional com o intuito de criar um sistema nacional de acreditação voltado às peculiaridades do sistema de saúde brasileiro.

O segundo, que antes se encontrava na esfera central do Ministério da Saúde, agora estava posicionado num cenário diferenciado de instituições hospitalares públicas, herança dos tempos em que o Rio de Janeiro era capital do Brasil. Noronha foi alocado no Rio de Janeiro como consultor do projeto *Avaliação baseada nos princípios da acreditação hospitalar em 7 hospitais federais do Rio de Janeiro*, distanciando-se da esfera central do Ministério da Saúde. Identificou-se com o modelo americano, uma escolha pela excelência que por si só já delimitava o escopo de sua abrangência frente às disparidades de qualidade encontradas no SUS.

Os dois atores buscavam, igualmente, mecanismos em prol da qualidade dos hospitais por entenderem a importância do impacto desse segmento na saúde. Como a ideia da acreditação estava posta, buscaram conhecê-la. Essa ideia, apesar de tão disseminada como a mais apropriada ao ambiente hospitalar e ao contexto da saúde, era pouco conhecida nesses ambientes, fora dos EUA.

⁶⁴ Entre eles, houve um Ministro da Saúde interino chamado José Carlos Seixas, que ocupou o cargo por poucos meses no final de 1996. Carlos Albuquerque assume a pasta em 13 de dezembro de 1996 e a deixa em 31 de março de 1998, quando José Serra assume. Ver Quadro 6, anexo V.

Tal situação permitiu a consolidação de duas metodologias de acreditação com metas distintas. Uma, cuja existência foi disseminada primeiro dentro do Ministério da Saúde, mas que se estruturou exogenamente, por meio do CBA, uma organização independente. A outra, que formalizou a ONA, no âmbito do Ministério da Saúde, como uma ONG que credencia as instituições que atuarão como acreditadoras e utilizarão o instrumento nacional.

A acreditação era fato. A metodologia havia perpassado o sistema de saúde e se transformado em uma questão política com argumentos que defendiam interesses distintos. Sua institucionalização na esfera do Ministério da Saúde conferia algum poder ao tema, ao mesmo tempo em que sua manutenção como órgão independente preservava a idoneidade de suas atividades.

A ONA teve seu reconhecimento formalizado pelo Ministro da Saúde José Serra (Quadro 6, anexo V), sucessor de Carlos Albuquerque, na Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001.

Art 1º Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

Parágrafo único. O reconhecimento de que se trata esse Artigo está vinculado ao Convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Nacional de Acreditação - ONA, que estabelece os critérios, compromissos, deveres e obrigações a serem cumpridos pelas partes envolvidas, de maneira a garantir que o desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar ocorra sob a ótica de política pública.

Nesse mesmo ano, o Ministro José Serra assinou também a Portaria GM/MS nº 1.970, de 25 de outubro de 2001.

Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995;

Considerando a Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001, que reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvido do Processo de Acreditação Hospitalar;

(...)

Considerando que o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, cuja aprovação é de competência do Ministério da Saúde, precisa ser periodicamente revisado e adequado à realidade dos hospitais

brasileiros de forma a aperfeiçoar o Processo de Acreditação Hospitalar no País, resolve:

Art. 1º Aprovar o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – 3ª edição. (...)

O final dos anos 1990 foi um período em que outros organismos e agências nasceram para dar conta das necessidades de regulação dos diversos setores, antes subsidiados pelo Estado. Nesse período, a saúde viu a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A criação dessas agências relacionou-se com a busca por eficiência, qualidade e resguardo dos interesses dos cidadãos por conta de representarem setores competitivos. De outro lado, elas também se prestavam ao *blame-shifting*, pois são creditadas às agências as ações não populares de alto custo político. Além disso, faziam parte de um processo que lhes conferia poder e independência decisória (Pó e Abrucio, 2006; Pacheco, 2006; Astrue, 1994).

Coerente com os propósitos que propiciaram sua criação, a Anvisa⁶⁵ atua em “todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Sua competência abrange tanto a regulação sanitária quanto a regulação econômica do Mercado” (Anvisa, 2013). No desempenho de seu papel, assinou um convênio com a ONA, em 2001, de cooperação técnica e treinamento de pessoal.

Essa cooperação teve como frutos a revisão da quarta edição do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar* e a criação dos manuais para os serviços de hematologia, nefrologia e terapia renal substitutiva. Em 2002, a Anvisa reconheceu oficialmente a ONA como *Sistema Brasileiro de Acreditação*, na Resolução – RE nº 921, de 29 de maio.

Essa parceria rendeu ainda curso gratuito a distância, via internet, para as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, para os profissionais e gestores da área da saúde.

A vigilância sanitária, junto a outros parceiros, pode mudar o rumo da acreditação e acelerar seu processo de consolidação no País. Na opinião do pioneiro Humberto Novaes, a decisão ministerial de apoiar a iniciativa é indispensável para encurtar a fase de introdução do

⁶⁵ Criada pela Lei nº 9.782, de 26 janeiro de 1999.

sistema de acreditação e garantir qualidade de assistência médico-hospitalar em todas as regiões do país. (Anvisa, 2004:2)

Somando-se a essas ações, a Anvisa ainda publicou mais sete resoluções, de 2003 até 2006, aprovando as normas e os manuais que foram criados tanto para os hospitais quanto para outras áreas. Porém, ocorreram críticas quanto a acreditação estar substituindo as atribuições dessa agência.

Não existe um consenso, em torno de que o modelo é essa da Vigilância, para a área de Serviços de Saúde (...) então era mais fácil você terceirizar essa coisa da inspeção, porque aproximava um pouco a avaliação da acreditação com a inspeção (...) Era uma discussão, (...) mais ampla do que, na verdade, só a questão da acreditação. Era de um modelo mesmo de como [fazer] (...) então aqueles que estão acreditados podem ficar fora de um programa de inspeção. E a ANVISA não contesta isso mas também não adere. (...) então se isso vira uma coisa compulsória, que todo mundo tem que fazer, daqui a pouco, não precisa de Vigilância Sanitária. (...) a Vigilância Sanitária, não tinha um modelo para essa área de Vigilância de Serviço de Saúde (Grupo da VISA, em entrevista)

O processo de institucionalização da ONA também teve algumas reviravoltas. A Portaria GM/MS nº 2.944, de 20 de novembro de 2006⁶⁶, revogou as duas portarias ministeriais de 2001 (GM/MS nº 538 e nº 1.970), referentes ao reconhecimento da ONA como instituição responsável pelo desenvolvimento do processo de acreditação no Brasil e a aprovação da terceira edição do manual brasileiro de hospitais.

O fato é exemplo de ação política no campo da saúde, no âmbito da qualidade e, mais precisamente, no território da acreditação. No entanto, a ONA já havia se atrelado à Anvisa, agência regulatória de abrangência nacional, que também buscava se firmar no âmbito das avaliações. Portanto, a ONA já havia, de alguma forma, conquistado algum grau de concretude no território da acreditação com a sua metodologia.

⁶⁶ Na época, o Ministro da Saúde era José Agenor Álvares da Silva, bioquímico e sanitarista (Portal da Saúde, 2013). Ver Quadro 6, anexo V.

Capítulo 6

O Consórcio Brasileiro de Acreditação, a Organização Nacional de Acreditação e o universo da acreditação brasileiro

O Consórcio Brasileiro de Acreditação e suas primeiras experiências

Como dissemos, ocorreu o simpósio promovido pelo grupo responsável pelo PACQS que contou com convidados da JCAHO. Esse evento aproximou ainda mais o grupo da metodologia americana e vice-versa.

Assim, ainda em 1997, foi organizada uma viagem aos EUA, mais precisamente à JCI, a recém-formada subsidiária para a expansão da metodologia de acreditação da JACHO, antes restrita aos EUA, pelo mundo. Durante essa visita, esses dois grupos firmaram um contrato de transferência de tecnologia, com início em dezembro de 1997, e estágio na JCI, em Chicago, EUA, para o ano de 1998 (Santos, Temporão, Noronha e Parada, 2000). Esses acontecimentos propiciaram a formação do CBA.

O CBA, mesmo participando da confecção do manual que se propunha nacional, buscava compreender melhor a acreditação americana e seus mecanismos de institucionalização. Já a JCAHO, observando o interesse de alguns atores brasileiros em sua metodologia, parece ter vislumbrado uma oportunidade de expansão de suas atividades, pois, a partir dessa movimentação e da posterior parceria com o CBA, criou seu braço internacional antes mesmo de ter um manual internacional para oferecer.

O CBA não é vinculado ao governo brasileiro e teve como presidente Noronha, de setembro de 1998 até agosto de 2005. É uma organização sem fins lucrativos que representa, com exclusividade, a JCAHO no Brasil e é por ela assessorada no desenvolvimento da acreditação, através da JCI (CBA, 2010).

... em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – por Protocolo de Cooperação, firmado a 8 de junho – que associa a experiência acadêmica, científica e de formação de recursos humanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj, à tradição e à capacidade técnica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões-CBC e da Academia Nacional de Medicina-ANM e à experiência de avaliação de sistemas sociais da Fundação Cesgranrio. Pelo mesmo Protocolo, devidamente registrado em 29/06/98, no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos, os constituintes delegaram à Fundação Cesgranrio as atribuições que viabilizavam o

estabelecido como Constituinte Delegada. Função esta que, a partir de meados de 2002, a Uerj passou a exercer, através do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva – Cepesc (CBA, 2012:histórico).

O CBA fez parte também dos trabalhos incipientes em prol da criação da ONA e participou dessa organização como instituição acreditadora em seus primórdios, quando da busca por uma metodologia que pudesse ser utilizada nacionalmente. Contudo, desvinculou-se da ONA por considerar que o processo de acreditação que estava construindo não propiciaria um desenvolvimento em prol de uma qualidade de excelência e confundir-se-ia com as questões de licenciamento.

Ainda em 1998, ano em que o CBA constituiu-se, houve a oportunidade de intercâmbio com a JCI na confecção do manual internacional, pois essa ocorreu na mesma época em que o CBA elaborava o seu manual. Dra. Maria Manuela Santos explica na entrevista que

(...) em 98, ela [JCI] faz essa parceria conosco. Ela [JCI] está criando um manual internacional nesta época porque só existia o manual americano (...) ao mesmo tempo que eles estavam criando um manual internacional nós começamos a fazer. Eles fizeram esta consultoria. Então, a gente foi trocando figurinha, eles fazendo o deles e nós fazendo o nosso.

A situação é interessante porque chama a atenção para o fato de que a própria busca, por parte do Brasil, de mecanismos de desenvolvimento da qualidade permitiu que a JCAHO crescesse e desenvolvesse o seu braço internacional. Até então, o único manual dessa instituição era o americano, voltado para as especificações coerentes com a legislação daquele país. A JCAHO podia atuar como consultora em processos de acreditação, mas não podia vender sua ferramenta.

Noronha esclarece, em sua entrevista, que procurou conhecer a metodologia americana da mesma forma como procurou se aproximar da metodologia oferecida pelos canadenses. A acreditação canadense partira da americana, estruturando-se, posteriormente, para atender as peculiaridades de seu sistema. Todavia essa conversa não se desenvolveu. Em contrapartida, os americanos, despertados pelo interesse brasileiro na consultoria, agiram. Ou seja, o movimento brasileiro permitiu que a JCAHO elaborasse um novo produto, um produto que podia acompanhar a disseminação de sua ideia e complementar o leque de serviços que oferecia.

Assim, quando do primeiro teste em hospitais brasileiros com a metodologia do CBA, o instrumento ainda não era o internacional, mas tinha por base a lógica da metodologia americana. Por isso, era supostamente diferente do manual que se desenvolvia objetivando um sistema nacional, como o pleiteado inicialmente pela Opas e, depois, pelo Ministério da Saúde.

Essa experiência ocorreu após a viagem de estágio à JCAHO, em Chicago, no ano de 1997. Maria Manuela Santos conta em sua entrevista que

O primeiro, nosso contrato grande de peso e que nos permitiu alavancar a acreditação, foi ... duas coisas. Uma, um apoio financeiro para 21 pessoas irem ser treinadas em Chicago que foi um apoio da Secretária de Estado de Saúde e da Finep. A Rosângela Bello era a secretária [de Saúde do Estado] e na Finep (...) tinha um, existia um projeto de pesquisa do Hésio [Cordeiro] e o Hésio conseguiu através disso, recursos para financiar essa viagem. Foi uma viagem de 21 dias e 28 pessoas foram à Joint Commission para serem treinadas, para poderem fazer avaliações, participar de avaliações nos Estados Unidos para se ver como era o método.

Em 1998, frente à crise que os hospitais federais estavam sofrendo por conta da estratégia adotada anteriormente pelo Ministério da Saúde e pelo extinto Inamps, de priorização das terceirizações, o Ministério decidiu criar um programa voltado a essas unidades de saúde. (Pessoa, 2001; Siqueira, 2002).

Em agosto de 1998, após visita aos hospitais e comprovação dos sacrifícios a que era submetida à população, o Ministro da Saúde tomou a decisão de criar a Coordenação Geral dos Hospitais federais no Rio de Janeiro e determinou a contratação de empresas de consultoria para cooperar no processo de modernização gerencial das unidades mais críticas e melhoria imediata dos serviços à população (Siqueira, 2002:2).

Com esse estímulo, a Superintendente do MS que atuava no Núcleo Estadual do Rio de Janeiro - Nerj como Coordenadora Geral dos Hospitais Federais – RJ, Ana Tereza Pereira, contratou, em 1998, algumas organizações, entre elas o CBA, a FGV e o Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear - IBQN, para um projeto que objetivava trabalhar a qualidade em sete hospitais da rede de hospitais federais situada no Rio de Janeiro. Esse projeto teve como consultor José Noronha.

Em sua entrevista, a Maria Manuela esclarece que cada instituição ocupava-se de um aspecto. Por exemplo, a FGV ocupava-se das questões gerenciais, o IBQN dos processos e o CBA da qualidade, com a acreditação. Assim, segundo Ana Tereza

Pereira, os hospitais foram consultados e, dependendo, do gestor, aceitaram ou não participar.

Não, foi tudo voluntário (...) O Servidores não quis. O Lagoa começou. O Into começou, o Laranjeiras não quis. Bonsucesso começou. (...) Não dá para você fazer a acreditação se a direção, se o hospital não quiser. Se a direção não topa é impossível. Não tem como. Ou a direção topa e se envolve no processo ou então você não tem. (...) Então, os critérios das primeiras experiências foi vontade política do gestor. (...) foi um projeto grande de gestão nos hospitais. Nós tínhamos, a gente tinha um projeto que era, do jeito que estava a administração, não dava. (...) É, diretores que tivessem alguma coisa a ver com gestão ou com experiência de gestão e a gente estava preparando os hospitais (...) nós estávamos discutindo formas alternativas de gestão que não fossem a administração direta. Então, da mesma forma que a gente contratou a FGV, o IBQN, para estar trabalhando processos, discutindo missão, visão, a acreditação entra com uma questão da qualidade, mas da qualidade pegando o médico. (...) Porque a questão da qualidade estava posta, não dava mais para os hospitais ficarem, a nosso ver, ficar do jeito que eles estavam (...) Era esse o quadro dos hospitais federais.

Esse projeto ajudou a impulsionar as questões de qualidade voltadas à acreditação dentro dos hospitais federais e a desenvolver a metodologia do CBA. Maria Manuela Santos relata que:

Ana Tereza que estava como superintendente ela fez um contrato com várias instituições da área da qualidade e uma dessas instituições foi o CBA e a gente começou a preparar essas instituições (...) e a discutir o manual dentro delas. Na realidade, essas instituições ajudaram a preparar avaliadores, a preparar consultores e a identificar o método. Como é que ele funcionava, como é que ele ia trabalhar nas instituições. Esse contrato foi um contrato muito importante para que a gente alavancasse a instituição. (...) E foi uma pena porque a gente só conseguiu trabalhar um ano (...) Foram várias, a Fundação Getúlio Vargas. Eram quatro instituições para trabalhar a qualidade nesses hospitais. (...) e foi muito interessante porque (...) os hospitais usaram aqueles relatórios para fazer muitas transformações (...) então o Into, quando começou efetivamente a fazer a acreditação, que foi muito mais tarde, foi em 2002, 2003, ele já tinha os processos todos desenhados o que lhes facilitou. Apesar de que tiveram que ser refeitos (...) ajudou, por exemplo, o Hospital da Lagoa que até hoje, ainda tem processos escritos dessa época. (...) claro que tem que se fazer uma revisão, mas é uma base.

Da mesma forma, a Secretária de Saúde da época, Rosangela Bello, aproveitou a movimentação e iniciou um processo de acreditação no Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio) que foi o primeiro hospital a

acreditar-se utilizando a metodologia do CBA, em 2001. Posteriormente, o segundo hospital a receber a certificação, por meio dessa instituição, foi a Unidade Hospitalar I do Into, já com o manual internacional, em 2006 (Into, 2012).

O primeiro hospital, no mundo, a certificar-se com o manual internacional da JCI foi o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, no anos de 1999. Esse hospital havia iniciado um processo de acreditação com o manual americano em 1995/96, mas as peculiaridades referentes a legislação americana dificultavam o desenrolar do processo. Assim que o manual internacional ficou pronto, o Einstein foi contatado pela JCI e ao adotar o novo manual, conseguiu a certificação de “acreditado”.

Quando o CBA tornou-se a representante exclusivo da JCI, passou a utilizar o manual internacional⁶⁷ por eles fornecido por considerá-lo um produto diferenciado. O Consórcio percebe sua parceira como “a maior e mais importante organização de acreditação no mundo” (CBA, 2009:histórico). Por isso, entende que seu produto, além de conter qualidade, oferece a vantagem adicional de ser um instrumento internacional que estaria representando uma das principais orientações internacionais para os mais variados ambientes de saúde.

Em 2005, como resultado do desenvolvimento do CBA, foi criada a Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - ABA, que deixou de contar com a ANM, mas que passou a ter como membro efetivo a Fundação Oswaldo Cruz. O manual que utiliza é o internacional, “... a tradução fiel dos manuais internacionais, que são elaborados a partir de um Comitê Internacional de Padrões. O Comitê tem representantes de países dos cinco continentes.” (CBA, 2012:histórico).

A ABA atua com o nome fantasia CBA e passou a ter como finalidade:

- Contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e ao beneficiário, por intermédio de um processo de Acreditação;
- Desenvolver métodos, técnicas e procedimentos em Acreditação de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, recorrendo inclusive à experiência acumulada em nível internacional, adequando-a à realidade brasileira;
- Desenvolver iniciativas na área de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos que viabilizem a adequada utilização e exame dos métodos e técnicas empregados nesse processo;
- Reconhecer a qualidade dos serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, no país ou no exterior, mediante a outorga de certificados de Acreditação, isoladamente ou em parceria com

⁶⁷ Esse manual internacional utilizado pelo CBA foi explicado na página 63 deste trabalho.

outras instituições especializadas, de notório saber na área, nacionais ou estrangeiras;

- Desenvolver projetos para a prestação de assessoria e cooperação técnico/científica a instituições da área de saúde, ensino e pesquisa, governamentais e não governamentais. (CBA, 2012: histórico).

A Organização Nacional de Acreditação

Ainda em 1998, quando da assinatura do Termo de Compromisso, e tendo em vista a elaboração e a divulgação de um Sistema Nacional de Acreditação, foi elaborado um ciclo de palestras, por trinta localidades, entre elas 27 capitais brasileiras, que culminou na criação, em 1999, da ONA (Feldman, Gatto e Cunha, 2005).

A ONA foi caracterizada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Sua missão é “incentivar o setor saúde para o aprimoramento da gestão e da qualidade da assistência, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação.” (ONA, 2012).

Vale ressaltar que a constituição da ONA contou com o apoio do Ministério da Saúde, mas sua formação foi resultado de arranjos e acordos políticos entre as representações que a apoiavam. Segundo Toledo:

Houve um consenso técnico, de como engrandecer o manual. Então esse consenso técnico, depois, disse assim ‘Bom, nós agora temos um manual (...), como é que a gente faz? Quem é que vai aplicar o manual aqui, quem é que vai fazer norma para aplicação do manual, como é que vai?’ (...) Ou seja, nós tínhamos um pedacinho pequeno de um programa, mas nós não tínhamos um programa. Não dá. Então, aí vamos chamar de a parte política e administrativa do negócio, então, aí sim houve discussões de como fazer. E aí a grande diferença que há no grupo do Rio de Janeiro (...) entrava fundamentalmente a UERJ que achava que tinha que ter uma entidade e que essa entidade tinha que ser o grupo Rio da Janeiro que ia definir as normas, administrar o manual (...) ia fazer a avaliação, publicitar o manual. Enfim, ele seria normatizador, fiscalizador e aplicador, tá? (...) E aí, não. Isso não foi aprovado por todos. Não foi aprovado porque deveria ter uma entidade, independente, com participação (...) E depois o processo, quem iria aplicá-lo, não é? Então essa entidade resolvia como fazer. Então, aí sim, começou a discutir como fazer essa entidade e o grupo predominante entendeu que deveria ser uma participação de todas as entidades possíveis (...)

Além disso, esse novo órgão deveria ter autonomia e capacidade de receber recursos para poder trabalhar. A situação foi resolvida com a participação efetiva de

instituições que estiveram presentes nesses debates sobre essa formatação. Em sua entrevista, Toledo segue explicando como se deram esses arranjos.

(...) deveria ser uma entidade privada, com a participação de órgãos públicos (...) E o que ficou aprovado desse grupo, vamos chamar político, era que seria desta forma. (...) Foi com um aval do Ministério da Saúde e aí, sim, já com o aval do Ministério, embaixo do guarda chuva do Ministério. (...) CONASS e CONASEMS participaram. O CONASEMS deu um apoio de logística importante, porque o Ministério poderia dar recursos para que se criasse a entidade, mas a entidade não tinha como receber esse recurso. Então o Ministério repassou o recurso para o CONASEMS (...) que passava para então ONA para que ela começasse a trabalhar.

Assim, ONA uniu representantes dos compradores de serviços de saúde nacionais, das prestadoras de serviços de saúde e da área governamental. Na época, esses grupos encontravam-se constituídos da seguinte maneira:

- Entidades compradoras de serviços: a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); a Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe)⁶⁸; o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas)⁶⁹; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg); e a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed).
- Entidades prestadoras de serviços de saúde: a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); a Confederação de Misericórdias do Brasil (CMB); a Confederação Nacional de Saúde dos Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).
- Entidades privadas que se pautavam por princípios que regem o direito público: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). (ONA, 2006)

Da mesma forma, também houve um consenso de que a ONA deveria ser privada para evitar a criação de mais um órgão fiscalizador. Apesar da preocupação com a qualidade, a FBH queria garantias de que os hospitais não seriam onerados de alguma forma. Como expõe Toledo:

(...) Por que eu vou fazer duplicar as coisas? Já existe uma Vigilância Sanitária dentro do Ministério da Saúde e ela vai fazer a fiscalização.

⁶⁸ Hoje representada pela Unidas.

⁶⁹ Idem a anterior.

(...) porque ele não pode dar o alvará de funcionamento para uma entidade, que não tenha o mínimo de qualidade. (...) Ele é uma entidade que vai incentivar a qualidade ou vai fiscalizar? Porque o Ministério da Saúde, a obrigação dele fundamental via a Vigilância Sanitária é a fiscalização. Então nós entendemos que isso não podia ser misturado. (...) E aí, uma das questões fundamentais era essa, não pode ser órgão público porque se for órgão público vai ser tachado como mais um fiscalizador. E nós que estávamos na área privada ouvimos exatamente isso. (...) Olha, vocês estão arrumando mais uma encrenca para os hospitais. (...) já não chega a Vigilância Sanitária? Então nós recebemos essa crítica, dentro da própria Federação Brasileira dos Hospitais e nas entidades federadas dela, de cada estado. É uma outra coisa (...) Você tem que fazer isso porque você acha que é interessante para o teu paciente, para os teus funcionários e para a tua entidade.

A ideia de ter um sistema persistia, pois houve a compreensão de que só o manual não seria suficiente e poderia acabar causando um efeito idêntico ao do manual inicialmente apresentado pela Opas. Péricles Cruz explica que, por isso, pensava-se em um sistema que pudesse acompanhar o processo de aplicação do manual.

A gente tinha que ter um sistema ao lado desse manual que permitisse o acompanhamento e a aplicação dele. Porque só o manual, com os padrões, ia continuar, de certa forma, solto. O quê que a gente precisava desenvolver junto com isso? Um conjunto de normas técnicas, normas de avaliação, normas de ética, normas de funcionamento e etc. que permitissem que isso funcionasse como um sistema. (...) Quando a gente aparece com um sistema, é diferente. As organizações começam a perceber que é muito mais amplo, é muito mais intenso.

Da mesma forma, houve a percepção de que um único organismo não conseguiria atender ao país inteiro. Sendo esse o caso, a ONA tornou-se uma entidade que credenciaria instituições interessadas em utilizar a sua metodologia de acreditação, como explica Péricles Cruz.

Na hora que a gente cria a ONA, nós vimos que, evidentemente, só uma organização não ia ter perna para atender o Brasil inteiro. Dimensões continentais, características as mais diversas possíveis e, nesse momento, pensávamos em hospital, não se pensava ainda nos serviços de saúde do Brasil. Então, qual é a proposta? Criar um conjunto de organizações que fossem credenciadas pela ONA e essas organizações é que seriam as responsáveis por aplicar o processo. Essas organizações passaram a ser chamadas de instituições credenciadoras que eram, eram não, são credenciadas pela ONA para aplicar o processo.

Desse modo, no primeiro momento, a ONA credenciou as instituições que já estavam trabalhando com a acreditação no Brasil, como o CQH, o IPASS, o IAHCS e o CBA, que formaram o primeiro grupo de instituições acreditadoras - IAC. A configuração também permitiu a liberdade para que os hospitais pudessem escolher a instituição acreditadora que melhor lhes conviesse.

Com o desenvolvimento da ONA, foram criadas normas de ingresso para as instituições desejosas de participar como acreditadoras. Péricles Cruz relata, em sua entrevista, que essa forma de organização e trabalho da ONA visa garantir a qualidade do trabalho das IAC e contribuir para que as instituições hospitalares participantes dos processos de acreditação não se sintam reféns de uma ou outra IAC. Essas são orientadas por regras que fazem parte de um grande conjunto de normas, regularmente revisadas, que rege todo o sistema criado pela ONA.

Sempre guiados pela noção de estabelecer-se um sistema de acreditação, e com o intuito de divulgar essa ideia, a ONA iniciou um circuito de palestras em âmbito nacional para apresentar-se às Secretarias de Saúde dos Estados, dando ênfase ao processo que seria desenvolvido por ela (ONA, 2006). Péricles Cruz corrobora detalhando que:

Nesse momento, Fábio [Gastal] e eu, mais especificamente, e o Humberto [Novaes], em alguns momentos, começamos a rodar o Brasil inteiro fazendo palestras em cada uma das capitais do Brasil, para mostrar como é que era o processo, como é que ele funcionava e o que era a acreditação. Era interessante porque em 99, a palavra acreditação não existia no dia a dia do brasileiro. Então, quando nós chegávamos nas palestras, nas universidades, nos hospitais e por aí vai, nas secretarias de saúde e a gente falava: “acreditação”, a primeira coisa era: “Ham?”; “Porque?”; “Que palavra é essa?”. A palavra não era conhecida, né? E gradativamente fomos mostrando como é que funcionava o sistema.

O manual que a ONA desenvolveu foi elaborado a partir dos resultados das experiências nos 17 hospitais. As instituições que trabalhavam com a ONA tomaram como ponto de partida essas experiências e seus resultados e elaboraram padrões com vistas a atender uma diversidade abrangente de hospitais e, dessa forma, refletir as diferenças regionais. Assim, a ONA acreditava ter criado um genuíno manual brasileiro de acreditação. Segundo Péricles Cruz, “Então, isso permitiu que esse manual fosse factível, pudesse ser usado em todas as regiões de uma maneira bastante coerente”.

Atualmente, o *Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais* é reconhecido

como *Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares* (2006). Propõe uma avaliação sistêmica das organizações de saúde, considerando que as estruturas e os processos relacionam-se e influenciam o resultado final da ação. Portanto, os setores e departamentos de uma determinada organização devem ser avaliados conjuntamente.

Em comum com o proposto pelo manual internacional citado, esse processo tem caráter voluntário por parte das instituições que desejam a certificação; a equipe de avaliadores é formada por três tipos de profissionais – uma enfermeira, um médico e um profissional ligado à gestão; e, ao final, é emitida uma certificação.

Esse processo de acreditação é iniciado em duas etapas: a solicitação de informações para o sistema de avaliação e a contratação de uma IAC que irá confirmar a visita e desenvolver um plano para tal.

O manual é sistematizado por meio de normas específicas que incorporam as seções, que agrupam os serviços, processos ou atividades/ subseções. Algumas seções e subseções são obrigatórias e outras dependem das características da unidade de saúde.

As certificações emitidas são de três tipos: “acreditada”, “acreditada plena” e “acreditada com excelência”. Essas referem-se à conformidade com os três níveis (nível 1, nível 2 e nível 3) com os quais a ONA trabalha. Após o alcance do terceiro nível proposto, pode-se almejar uma certificação internacional, igualmente oferecida por algumas das IAC, desde que respeitando essa norma. Por exemplo, para as instituições de saúde acreditadas com excelência, a Qualisa oferece a certificação canadense, e a DNV disponibiliza um modelo americano.

A ONA entende que um processo gradual permite a participação de unidades de saúde em diferentes estágios de desenvolvimento das questões de qualidade e estimula o desenvolvimento de uma sólida cultura de qualidade.

O universo brasileiro da acreditação

Até o momento, falamos do CBA e da ONA porque os seus desenvolvimentos deram-se durante um processo que objetivava conhecer e adaptar a metodologia da acreditação para o Brasil. Da mesma forma, conformaram dois tipos de metodologias distintas que foram as mais expressivas no Brasil. O restante das iniciativas, como o CQH, atua como selo de qualidade.

Das diferenças existentes entre essas duas metodologias, a mais evidente é o fato de o CBA ser um organismo acreditador independente, enquanto a ONA é um organismo que credencia organismos acreditadores, nomeando-os IAC. Assim sendo, a ONA é constituída de vários outros organismos acreditadores em atuação no Brasil.

Juntamente com isso, a ONA, ao propor a metodologia gradual e em conjunto com uma série de normas, ou seja, como um todo estruturado, oferece um sistema de acreditação, nomeado Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2013), por considerar essa a melhor forma de garantir a adesão e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade dentro das unidades de saúde.

Entende-se que um sistema de acreditação tem mais chances de arcar com as diversidades no campo da saúde do Brasil e provê a flexibilidade de adequação necessária às peculiaridades de cada região nacional, estimulando ou, ao menos, diminuindo as resistências à adesão. Da mesma forma, percebe-se que a ONA não tem um projeto cujo ponto de partida tenha sido o sistema de saúde como um todo, mas, ao considerar as diferenças e divergências na estruturação de suas atividades, crê que essas são permeadas por uma lógica que engloba a saúde como um todo.

O CBA por sua vez, não oferece uma metodologia que possa evoluir em níveis. O instrumento utilizado permite acreditar ou não acreditar. Embora entenda que seu processo, ao permitir um quadro da situação das unidades, colabora com um ponto de partida para o início de um desenvolvimento da qualidade, sua crença é a de que ou se tem qualidade de excelência, ou não se tem qualidade de excelência.

Ainda que se entenda que o CBA está colaborando com a qualidade da saúde, ao pautar-se pela excelência norte-americana, parece-nos que ele está, invariavelmente, limitando seu campo de atuação. Considerando as disparidades de situações na saúde e o número reduzido de unidades de saúde com independência e condições para pleitear essa metodologia, a lógica que orienta seus trabalhos parece ser a da ferramenta da qualidade, cujo foco está nas unidades de saúde, e não a do sistema de saúde.

Atualmente, entre as certificações oferecidas pelo CBA para os vários tipos de serviços e programas de saúde, encontram-se acreditados 23 hospitais: 12 em São Paulo; seis no Rio de Janeiro; dois em Pernambuco e três no Rio Grande do Sul (Tabela 1).

A ONA, quando começou a atuar, só permitia que as IAC trabalhassem com o seu instrumento nacional. Atualmente, é composta por oito IAC que também oferecem

metodologias internacionais para as instituições de saúde que já obtiveram a certificação referente ao nível 3, ou seja, acreditadas com excelência.

Assim, somando-se à presença do IAHCS e do IPASS, instituições acreditadoras que participaram da composição inicial da ONA, temos na área exclusivamente da saúde o DICQ - Sistema Nacional de Acreditação, o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde - Ibes e o Instituto Qualisa de Gestão - IQG. Completando esse grupo, temos ainda a Det Norske Veritas - DNV, a Fundação Vanzolini e a GL-Group, empresas que atuam em áreas diversas.

O IAHCS e o IPASS foram mencionados anteriormente. O DICQ é um sistema nacional de acreditação voltado aos laboratórios clínicos. Agrega atividades de auditoria, inspeção, credenciamento e acreditação em todo o Brasil (DICQ, 2013). O Ibes tem foco no diagnóstico e na certificação de programas e unidades de saúde. Também oferece cursos de treinamento e capacitação para profissionais e empresas que queiram atuar como avaliadores dentro do sistema que a ONA oferece (Ibes, 2013).

Tabela 1: Hospitais certificados pelo CBA – janeiro de 2013

	Região	UF	Cidade	Nome	Natureza	Leitos	
						Totais	SUS
1.	Nordeste	PE	Recife	HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ	Privado	60	2
2.		PE	Recife	HOSPITAL SANTA JOANA	Privado	140	3
3.		RJ	Rio de Janeiro	HEMORIO - SES	Público	83	83
4.	Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	UNIDADE HOSPITALAR DO INTO - MS	Público	276	276
5.		RJ	Rio de Janeiro	HOSP. DO CÂNCER I - INCA - MS	Público	193	193
6.		RJ	Rio de Janeiro	HOSP. DO CÂNCER II - INCA - MS	Público	77	77
7.		RJ	Rio de Janeiro	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	BSFL	121	0
8.		RJ	Rio de Janeiro	HOSPITAL COPA D'OR	Privado	45	0
9.		SP	Itapeericica da Serra	H. GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA - SECONCI	Público	148	148
10.	Sudeste	SP	São Paulo	HOSPITAL SÃO CAMILO POMPEIA	BSFL	157	0
11.		SP	São Paulo	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	BSFL	361	28
12.		SP	São Paulo	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	BSFL	182	9
13.		SP	São Paulo	HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS	BSFL	217	0
14.		SP	São Paulo	HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ	BSFL	238	0
15.		SP	São Paulo	HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR	BSFL	171	0
16.		SP	São Paulo	HOSPITAL PAULISTANO	Privado	163	0
17.		SP	São Paulo	HOSPITAL TOTAL COR	Privado	77	0
18.		SP	São Paulo	H. SÃO JOSÉ - REAL E BENEMÉRITA ASS. PORT. DE BENEFICÊNCIA	Privado	65	0
19.	SUL	SP	São Paulo	HOSPITAL NOVE DE JULHO	Privado	161	0
20.		SP	São Paulo	HOSPITAL SANTA PAULA S/A –	Privado	155	0
21.		RS	Porto Alegre	HOSPITAL MÃE DE DEUS	BSFL	280	1
22.	SUL	RS	Porto Alegre	HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	BSFL	244	0
23.		RS	Porto Alegre	H. DA CRIANÇA STO. ANTÔNIO/STA. CASA de MISERICÓRDIA	BSFL	180	0

Fonte: Criação própria a partir de informações extraídas do site do CBA e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES em janeiro de 2013

A Qualisa considera-se a primeira no mercado de certificação e implementação de gestão de qualidade na saúde. Essa empresa foi formada para trabalhar com a acreditação a partir da metodologia da ONA. Após esse processo, a unidade de saúde pode ingressar no processo de certificação internacional oferecido pela acreditadora canadense, *Accreditation Canada*.

Das empresas voltadas para um contexto maior de atividades, a DNV oferece, para a área da saúde, a certificação da ONA que pode ser sucedida pela certificação NIAHO®, caso a instituição já tenha obtido a certificação referente ao nível 3. A NIAHO® é uma metodologia aprovada pelos centros responsáveis pelo *Medicare* e *Medicaid* americanos, que oferece uma metodologia de acreditação a partir da conformidade com as normas do sistema ISO9001 (DNV, 2013).

A Fundação Vanzolini atua em cooperação com a Universidade de São Paulo e é a única instituição brasileira que pertence à *The International Certification Network - IQNet*, uma rede formada por 38 certificadoras presentes em mais de 150 países. Faz parte do *International Automotive Task Force - IATF* e também é certificada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro (Vanzolini, 2013).

O GL-Group é o sistema de certificação da *Germanischer Lloyd*. Atua com maior ênfase na classificação de navios, petróleo, gás e energias renováveis. Assim como a DNV e a Vanzolini, caracteriza-se por uma diversidade de sistemas de gestão em áreas como a do setor de navegação, de qualidade, segurança e meio ambiente (GL-Group, 2013).

Atualmente, a ONA já emitiu, através de suas IAC, 326 certificações para os ambientes de saúde. Dessas, 174 foram para hospitais, como mostra a Tabela 2 abaixo.

Tabela 2: Hospitais acreditados pela ONA – janeiro de 2013

	Região	UF	Cidade	Nome	Nível	Natureza	Leitos	
							Totais	SUS
1.	NORTE	AM	MACAPÁ	HOSPITAL SÃO CAMILO E SÃO LUÍS	1	BSFL	173	107
2.		PA	ALTAMIRA	HR TRANSAMAZÔNICA PARÁ - PRÓ SAÚDE	1	Público	0	69
3.		PA	BELÉM	HOSPITAL PORTO DIAS	3	Privado	136	0
4.		PA	BELÉM	HSM HOSPITAL	3	Privado	409	0
5.		PA	SANTARÉM	HR DO BAIXO AMAZONAS - PARÁ - PRÓ-SAÚDE	1	Público	0	101
6.	NORDESTE	RN	NATAL	HOSPITAL UNIMED NATAL	1	Privado	68	0
7.		AL	MACEIÓ	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ	2	BSFL	256	136
8.		BA	SALVADOR	HOSPITAL DO SUBÚRBIO PPP - SESAB - SUS	1	Público	0	313
9.		BA	SALVADOR	HOSPITAL JORGE VALENTE	3	Privado	111	0
10.		BA	SALVADOR	HOSPITAL PORTUGUÊS	2	BSFL	226	57
11.		BA	SALVADOR	HOSPITAL SÃO RAFAEL	3	BSFL	229	55
12.		MA	SÃO LUIS	HOSPITAL SÃO DOMINGOS	2	Privado	113	0
13.		MA	SÃO LUIS	UDI HOSPITAL	1	Privado	76	0
14.		PB	JOÃO PESSOA	HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA	1	Privado	163	5
15.		PE	RECIFE	HOSPITAL ESPERANÇA	3	Privado	102	4
16.		SE	ARACAJÚ	CLÍNICA E HOSPITAL SÃO LUCAS	3	Privado	110	12

17.	CENTRO- -OESTE	DF	BRASÍLIA	CBV - CENTRO BRASILEIRO DE VISÃO LTDA	2	Privado	10	6
18.		DF	BRASÍLIA	HOSPITAL BRASÍLIA	3	Privado	110	0
19.		DF	BRASÍLIA	HOSPITAL SANTA HELENA DE BRASÍLIA	1	Privado	98	11
20.		DF	BRASÍLIA	HOSPITAL SANTA LÚCIA	1	Privado	172	0
21.		DF	BRASÍLIA	HOSPITAL SANTA LUZIA S/A	2	Privado	123	0
22.		GO	GOIÂNIA	HOSPITAL SANTA GENOVEVA	1	Privado	125	27
23.		GO	GOIÂNIA	HOSPITAL UNIQUE	1	Privado	20	0
24.		MS	CAMPO GANDE	HOSP. DO CORAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL	1	Privado	58	0
25.		MT	CUIABÁ	HOSPITAL SANTA ROSA	2	Privado	79	0
26.	SUDESTE	ES	CARIACICA	HOSPITAL MERIDIONAL	3	Privado	77	10
27.		ES	SERRA	HOSPITAL METROPOLITANO	2	Privado	74	0
28.		ES	SERRA	VITÓRIA APART-HOSPITAL S/A	3	Privado	165	3
29.		ES	VILA VELHA	HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA	2	BSFL	144	122
30.		ES	VITÓRIA	CIAS – UNIMED VITÓRIA	3	Privado	100	0
31.		MG	BELO HORIZONTE	ASS. MÁRIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO	3	BSFL	249	167
32.		MG	BELO HORIZONTE	ASS. MÁRIO PENNA - HOSPITAL MÁRIO PENNA	3	BSFL	60	60
33.		MG	BELO HORIZONTE	BIOVISÃO CENTRO DE OFTALMOLOGIA	3	Privado	3	0
34.		MG	BELO HORIZONTE	CLÍNICA OCULAR MEDICAL CENTER LTDA	2	Privado	5	0
35.		MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL DIA E MATERNIDADE UNIMED BH	3	Privado	72	0
36.		MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL FELÍCIO ROCHO	3	BSFL	258	55

37.	MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL INFANTIL SÃO CAMILO S/A	3	Privado	46	0
38.	MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL MATER DEI S/A	3	Privado	239	0
39.	MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL SOCOR S/A	2	Privado	86	0
40.	MG	BELO HORIZONTE	HOSPITAL VERA CRUZ S/A	3	Privado	154	0
41.	MG	BELO HORIZONTE	IPMMI - HOSPITAL MADRE TERESA	3	BSFL	255	89
42.	MG	BELO HORIZONTE	LIFECENTER SISTEMA DE SAÚDE S/A	3	Privado	134	0
43.	MG	BELO HORIZONTE	NEOCENTER S/A	3	Privado	8	0
44.	MG	BELO HORIZONTE	OCULARE MEDICINA ESPECIALIZADA LTDA	3	Privado	9	0
45.	MG	CONTAGEM	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA	3	Privado	131	18
46.	MG	GOVERNADOR VALADARES	HOSPITAL SÃO LUCAS DE GOV. VALADARES	2	Privado	49	4
47.	MG	IPATINGA	HOSPITAL MÁRCIO CUNHA	3	BSFL	422	307
48.	MG	JUIZ DE FORA	HOSPITAL MONTE SINAI	3	Privado	169	0
49.	MG	MONTES CLAROS	SANTA CASA DE MONTES CLAROS	2	BSFL	302	229
50.	MG	MURIAÉ	HOSPITAL DO CÂNCER DE MURIAÉ	2	BSFL	158	148
51.	MG	NOVA LIMA	BIOCOR INSTITUTO	3	Privado	265	0
52.	MG	NOVA LIMA	HOSPITAL DE OLHOS DR. RICARDO GUIMARÃES	3	Privado	4	0
53.	MG	NOVA LIMA	HOSPITAL VILA DA SERRA	3	Privado	65	0
54.	MG	OURO BRANCO	HOSPITAL FUNDAÇÃO OURO BRANCO	1	Privado	43	0
55.	MG	PATO DE MINAS	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	1	Público	0	92

		MG	PASSOS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS	2	BSFL	222	178
56.	SUDESTE	MG	POÇOS DE CALDAS	HOSP. SANTA LÚCIA - HOSPITAL DO CORAÇÃO	1	Privado	171	119
57.		MG	UBERLÂNDIA	HOSP. MUNICIPAL Dr. ODELMO LEÃO CARNEIRO	1	Público	0	170
58.		MG	UBERLÂNDIA	HOSPITAL ORTHOMED CENTER	1	Privado	8	0
59.		MG	UBERLÂNDIA	HOSPITAL SANTA CLARA	2	Privado	43	0
60.		RJ	DUQUE DE CAXIAS	HOSPITAL DE CLÍNICAS MÁRIO LIONI	1	Privado	48	0
61.		RJ	NITERÓI	HOSPITAL NITERÓI D'OR	1	Privado	45	0
62.		RJ	NITERÓI	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE NITERÓI	3	Privado	123	0
63.		RJ	PARAÍBA DO SUL	HTO - DONA LINDU	1	Público	0	61
64.		RJ	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA PERINATAL BARRA	1	Privado	80	0
65.		RJ	RIO DE JANEIRO	CASA DE SAÚDE SANTA LÚCIA	1	Privado	70	0
66.		RJ	RIO DE JANEIRO	CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ	3	BSFL	145	0
67.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL BADIM	3	Privado	74	0
68.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL BALBINO	1	Privado	94	0
69.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL BARRA D'OR	3	Privado	126	0
70.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL JOARI - REDE D'OR SÃO LUIZ	1	Privado	113	0
71.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL PRÓ CARDÍACO	3	Privado	36	0
72.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL QUINTA D'OR	3	Privado	124	0
73.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL RIO DE JANEIRO	1	Privado	585	0
74.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL RIO DE JANEIRO	1	Privado	585	0

75.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL SÃO LUCAS COPACABANA	1	Privado	99	0
76.		RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL TOTALCOR	2	Privado	44	0
77.	SUDESTE	RJ	RIO DE JANEIRO	HOSP. PASTEUR MÉIER MEDICAL CENTER LTDA	1	Privado	137	0
78.		RJ	VOLTA REDONDA	HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA	3	Privado	94	6
79.		SP	AMERICANA	HOSPITAL UNIMED DE AMERICANA	1	Privado	101	0
80.		SP	BARRETOS	HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS	2	BSFL	0	216
81.		SP	BARUERI	H. MUNIC. DE BARUERI - DR. FRANCISCO MORAN	2	Público	0	265
82.		SP	BAURU	HOSPITAL ESTADUAL BAURU	2	Público	0	247
83.		SP	BAURU	HOSPITAL UNIMED DE BAURU	2	Privado	174	3
84.		SP	CAMPINAS	CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS	3	Privado	169	0
85.		SP	CAMPINAS	HMCP - HOSPITAL DA PUC CAMPINAS	1	BSFL	297	165
86.		SP	CAMPINAS	HOSP. BENEFICÊNCIA PORTUGUESA CAMPINAS	1	BSFL	95	6
87.		SP	CAMPINAS	H. GERAL E MATERNIDADE MADRE MARIA THEODORA	2	Privado	125	0
88.		SP	CAMPINAS	HOSP. MATERNIDADE DE CAMPINAS	1	BSFL	169	91
89.		SP	CARAPICUÍBA	CRUZADA SÃO CAMILO - HG CARAPICUÍBA	1	Público	0	186
90.		SP	COTIA	HOSPITAL REGIONAL DE COTIA - SECONCI - SP	3	Público	0	109
91.		SP	DIADEMA	HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA	3	Público	0	210
92.		SP	FRANCA	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOAQUIM	3	Privado	89	0

93.	SP	GUARULHOS	HOSPITAL CARLOS CHAGAS	2	Privado	164	
94.	SP	GUARULHOS	HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	1	Público	0	263
95.	SP	GUARULHOS	HOSPITAL MUNICIPAL PIMENTAS BONSUCESSO	1	Público	0	114
96.	SP	ITAPECERICA DA SERRA	H.G. DE ITAPEERICA DA SERRA/SECONCI SP OSS	3	Público	0	148
97.	SP	JUNDIAÍ	HOSPITAL PITANGUEIRAS - GRUPO SOBAM	3	Privado	135	0
98.	SP	LIMEIRA	HOSPITAL MEDICAL	2	Privado	66	0
99.	SP	LIMEIRA	HOSPITAL UNIMED LIMEIRA	3	Privado	64	0
100.	SP	MOGI DAS CRUZES	HOSP. DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO	3	Público	0	263
101.	SP	OSASCO	HOSPITAL SINO - BRASILEIRO	2	Privado	49	0
102.	SP	RIBEIRÃO PRETO	HOSP. SÃO FRANCISCO DE RIBEIRÃO PRETO	2	Privado	117	9
103.	SP	RIBEIRÃO PRETO	HOSPITAL SÃO LUCAS - RIBEIRÃO PRETO	3	Privado	65	0
104.	SP	SANTO ANDRÉ	HOSPITAL BRASIL	3	Privado	206	0
105.	SP	SANTO ANDRÉ	HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS	1	Público	0	135
106.	SP	SANTO ANDRÉ	HOSPITAL SANTA HELENA SANTO ANDRÉ	3	Privado	80	0
107.	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	HOSPITAL ABC UNIDADE CIRÚRGICA	2	Privado	79	0
108.	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA HELENA	1	Privado	59	0
109.	SP	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	HOSPITAL UNIMED LESTE PAULISTA	1	Privado	49	0
110.	SP	SÃO JOSÉ DO RIO	ASS. PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA	1	Privado	169	23

		PRETO							
111.	SP	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	HOSPITAL DE OLHOS REDENTORA LTDA	1	Privado	2	1		
112.	SP	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	HOSPITAL ANTONINHO DA ROCHA MARMO	1	BSFL	72	50		
113.	SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL SÃO JOSÉ	1	Privado	66	0		
114.	SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL VIVALLE	3	Privado	47	0		
115.	SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	ORTHOERVICE PRONTO SOC. ORTOPÉDICO	3	Privado	12	0		
116.	SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	2	BSFL	122	70		
117.	SP	SÃO PAULO	A.C. CAMARGO CÂNCER CENTER	3	BSFL	285	173		
118.	SP	SÃO PAULO	BENEF. PORT. DE S. P. - HOSP. SÃO JOAQUIM	2	BSFL	872	468		
119.	SP	SÃO PAULO	CEMA HOSPITAL ESPECIALIZADO LTDA	2	Privado	80	0		
120.	SP	SÃO PAULO	COMPLEXO HOSP. EDMUNDO VASCONCELOS	3	Privado	132	0		
121.	SP	SÃO PAULO	HOSP. MUNIC. DR. BENEDICTO MONTENEGRO	1	Público	0	36		
122.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL 9 DE JULHO	3	Privado	161	0		
123.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL BANDEIRANTES	3	BSFL	222	108		
124.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL DA LUZ	2	Privado	168	0		
125.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL DO RIM E HIPERTENSÃO/UNIFESP	2	BSFL	135	130		
126.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL E MATERNIDADE METROPOLITANO	2	Privado	180	0		

127.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA	3	Privado	135	0
128.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO	3	BSFL	136	0
129.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL IGESP	3	Privado	149	0
130.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSES DEUTSCH MBOI MIRIM	2	Público	0	215
131.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL NIPO - BRASILEIRO	2	BSFL	154	0
132.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SANTA CATARINA - ACSC	3	BSFL	243	0
133.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SANTA ISABEL	1	Privado	120	0
134.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SANTA PAULA	3	Privado	155	0
135.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SANTA RITA	2	Privado	118	0
136.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SÃO CAMILO IPIRANGA	3	BSFL	114	0
137.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SÃO CAMILO POMPEIA	3	BSFL	157	0
138.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SÃO LUIZ - ANÁLIA FRANCO	2	Privado	180	0
139.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL UNIMED SANTA HELENA	2	Privado	189	0
140.	SP	SÃO PAULO	HOSPITAL VILLA LOBOS	2	Privado	170	0
141.	SP	SÃO PAULO	INSTITUTO CEMA	2	BSFL	5	5
142.	SP	SÃO PAULO	INST. DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO	2	Público	0	402
143.	SP	SÃO PAULO	OSS SANTA MARCELINA DO ITAIM PAULISTA	2	Público	0	257
144.	SP	SÃO PAULO	OSS STA. MARCELINA HOSPITAL TIRADENTES	2	Público	0	186
145.	SP	SÃO PAULO	OSS SANTA MARCELINA ITAQUAQUECETUBA	2	Público	0	224

146.	SP	SÃO PAULO	PRO MATRE PAULISTA	3	Privado	135	0
147.	SP	SÃO PAULO	REDE D'OR SÃO LUIZ MORUMBI	3	Privado	122	0
148.	SP	SOROCABA	BOS - HOSPITAL OFTALMO E OTORRINO	2	BSFL	31	22
149.	SP	SOROCABA	HOSPITAL UNIMED SOROCABA	3	Privado	57	11
150.	SP	SUMARÉ	HOSPITAL ESTADUAL SUMARÉ	3	Público	0	180
151.	SP	TABOATÃO DA SERRA	OSS - HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA	3	Público	0	264
152.	SP	TAUBATÉ	HOSPITAL REGIONAL VALE DO PARAÍBA	2	BSFL	210	192
153.	SP	VALINHOS	NOVA SANTA CASA DE VALINHOS	1	BSFL	110	65
154.	PR	ARAUCÁRIA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA	2	bsfl	92	80
155.	PR	CURITIBA	FUNEF - HOSPITAL SÃO VICENTE	3	bsfl	121	62
156.	PR	CURITIBA	HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI	2	Privado	56	0
157.	PR	CURITIBA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR	1	Público	0	443
158.	PR	CURITIBA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	3	Privado	50	48
159.	PR	CURITIBA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PILAR	2	Privado	77	0
160.	PR	CURITIBA	HOSPITAL SANTA CRUZ	3	Privado	143	0
161.	PR	CURITIBA	HOSPITAL VITA BATEL	3	Privado	34	0
162.	PR	CURITIBA	HOSPITAL VITA CURITIBA	3	Privado	43	0
163.	PR	CURITIBA	HOSPITAL VITÓRIA	3	Privado	83	0
164.	PR	CURITIBA	INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA	2	Privado	40	0

165.	PR	FOZ DO IGUAÇU	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	2	BSFL	160	91
166.	SC	BALNEÁRIO CAMBURIÚ	HOSPITAL UNIMED LITORAL	2	Privado	20	0
167.	SC	CHAPECÓ	HOSPITAL UNIMED CHAPECÓ	1	Privado	55	2
168.	SC	JOINVILLE	CENTRO HOSPITALAR UNIMED - JOINVILLE	3	Privado	136	0
169.	RS	BENTO GONÇALVES	HOSPITAL DOUTOR BARTHOLOMEU TACCHINI	3	BSFL	287	155
170.	RS	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL DO CÍRCULO	1	BSFL	122	4
171.	RS	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL POMPEIA	2	BSFL	255	149
172.	RS	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL UNIMED CAXIAS DO SUL	3	Privado	94	0
173.	RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL MÃE DE DEUS	3	BSFL	280	1
174.	RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS	1	BSFL	508	303

Fonte: Criação própria a partir de informações extraídas do site da ONA e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, em janeiro de 2013

Considerando esse universo de instituições hospitalares acreditadas pela ONA e pelo CBA, constata-se que a acreditação é fato no Brasil. Ressalta-se que o universo de hospitais acreditados em conjunto pela ONA e pelo CBA é ainda limitado. Esse universo representa apenas 3% da rede de hospitais, considerando o total de 6.416 da rede SUS (DATASUS, 2013), porém esse percentual engloba instituições importantes do sistema de saúde como hospitais da Rede D'OR, Inca, Into, Sírio Libanês, entre outros.

Existem dificuldades na adesão para a acreditação. No caso da metodologia que almeja a excelência, La Forgia e Couttolenc (2009) mencionam como entrave os custos envolvidos para a obtenção da certificação e os investimentos que, por vezes, se fazem necessários nas instalações e equipamentos. Além da “falta de interesse dos gerentes, recusa por parte dos funcionários em particular, e as dificuldades em mudar a cultura e práticas organizacionais, com frequência levando a conflitos internos” (idem, p.336).

Esses autores apontam que o Brasil lidera o desenvolvimento da acreditação na América Latina, embora ainda não tenha políticas nacionais evoluídas de desempenho em qualidade e mecanismos para a melhoria da qualidade do sistema de saúde como um todo.

Talvez possamos explicar a liderança brasileira no campo da acreditação com o fato de o Brasil possuir o maior número de leitos na região da ALC e sua rede de hospitais contar com institutos de forte representação e participação no contexto internacional e nacional da saúde. Institutos como o Inca e o Into, responsáveis pelas diretrizes e programas do Ministério da Saúde.

Essas características podem justificar a posição de alvo interessante para os ofertantes da acreditação, pois caracterizam um mercado potencial, seja pelo seu tamanho, seja pelas condições econômicas de determinadas instituições, seja pelo forte componente privado da rede.

Nesse universo de 6.293 hospitais (Tabela 3), os filantrópicos e lucrativos respondem por 65% da rede do SUS. Com relação aos leitos, esses dois tipos de hospitais oferecem 278.312 unidades (Tabela 4), igualmente correspondentes a 65%. É importante reparar que o número de leitos da rede SUS cresceu, de janeiro de 2011 (Tabela 5) até dezembro de 2012, 37%.

Tabela 3: Tipos de estabelecimento – Rede SUS – dezembro de 2012

Prestador	Hospital Especializado	Hospital Geral	Total	%
Público	249	1.943	2.192	35
Filantrópico	156	1.317	1.473	23
Privado	685	1.943	2.628	42
Total	1.090	5.203	6.293	100

Fonte: Elaboração a partir dos dados disponibilizados no DATASUS em janeiro de 2013, referentes a dezembro de 2012.

Tabela 4: Número de leitos para internação – rede SUS – dezembro de 2012

Prestador	Hospital Especializado	Hospital Geral	Total	%
Público	24.135	125.160	149.295	35
Filantrópico	20.221	119.577	139.798	33
Privado	37.658	100.856	138.514	32
Total	82.014	345.593	427.607	100

Fonte: Elaboração a partir dos dados disponibilizados no DATASUS em janeiro de 2013 referentes a dezembro de 2012.

Tabela 5: Número de leitos para internação – rede SUS – janeiro 2011

Prestador	Hospital Especializado	Hospital Geral	Total	%
Público	25.458	113.224	138.682	44,5
Filantrópico	17.514	84.263	101.777	32,7
Privado	25.746	45.122	70.868	22,8
Total	68.713	242.609	311.322	100

Fonte: Elaboração a partir dos dados disponibilizados no DATASUS em março de 2011 referentes a janeiro de 2011.

Ou seja, a maior parte da oferta de leitos da rede pública é fornecida por provedores privados, e esse número parece estar crescendo. Além disso, a oferta de hospitais particulares é maior nas regiões com maior poder aquisitivo e nos municípios de maior porte (Silva, 2002).

O grau de interdependência entre os setores públicos e privados de saúde, no Brasil, é alto. Tal cenário iniciou-se na década de 1950, com o Plano de Metas, uma política desenvolvimentista que propiciou a oferta estatal de serviços de saúde para o atendimento dos trabalhadores em casos de doenças. O Estado também deveria arcar com a ampliação da rede existente no ritmo imposto por essa expectativa de

crescimento econômico do país. Assim, o Estado subsidiou, nos anos 1960 e 1970, o crescimento físico do setor privado de saúde e, em especial, a construção de hospitais (Cechin, 2008).

Por isso, Humberto Novaes identificou os temas ‘hospitais’ e ‘privado’ como tabus a serem vencidos quando se pensa nos arranjos organizacionais dos sistemas de saúde da região da ALC.

O tema hospital, ganhou estratégia de reinserção através da acreditação no manual *Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Locais na Transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde. Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe* (Paganini e Novaes, 1992).

(...) A Organização cooperasse com os Governos Membros e trabalhasse em conjunto com a Federação Latino-Americana de Hospitais, sobre a definição de instrumentos adequados para conseguir a incorporação do hospital dentro da rede de serviços dos SILOS, para garantir a realização de serviços com qualidade e eficiência. Dessa maneira, o Manual de Acreditação de Hospitais tem a dupla função de apresentar um esquema flexível para facilitar a incorporação do hospital na rede de serviços e de outorgar direção e desenvolvimento da qualidade dos serviços. (p.xiii)

Contudo, não servia qualquer hospital, tinha que ser um hospital de qualidade, como coloca Errol Pickering, Diretor-Geral da Federação Internacional de Hospitais - FIH⁷⁰: “Existe um consenso generalizado que, se a assistência à saúde é tão custosa, o produto deve ser da mais alta qualidade” (Paganini e Novaes, 1992:3).

A FIH conta com duas entidades do Brasil: a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, entidade sindical criada em 1994; e a Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP, fundada em 2001, “entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. (...) a ANAHP surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias

⁷⁰ “A Federação Internacional de Hospitais foi a sucessora da Associação Internacional de Hospitais criada em 1929 após um congresso internacional em Atlantic City, nos EUA. A Associação deixou de funcionar durante a 2ª Grande Guerra após a qual se reorganizou com o novo nome, em 1947, quando foi reconhecida pelo Código Civil da Suíça aonde se encontra, atualmente, a sua administração geral. A Federação é uma associação global de organismos de saúde que inclui, em particular, mas não exclusivamente, as associações de hospitais. Ela é uma organização não governamental de caráter independente e sem fins lucrativos. (...) Mais especificamente, o papel da FIH é o de incentivar os hospitais internacionais para a melhoria dos níveis de serviços que prestam à população não obstante a capacidade de pagamento da população.”(IHF, 2013). Na região da ALC, tem como associados, além das duas entidades do Brasil, duas na Argentina e uma na Colômbia. Conta ainda com organismos associados de vários países. Soma um total de 10 entidades americanas.

alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar” (ANAHP, 2013). Entre os vários associados de vários países, temos, dos EUA, a JCI e a Associação Americana de Hospitais.

Portanto, parece-nos que pensar em saúde, no contexto do Brasil, é também pensar em hospital privado. No caso brasileiro, é impossível abrir mão desse tema e seus problemas.

Assim, ao mesmo tempo que a acreditação precisava ter como parceiro um ator relevante na área da política nacional, como o Ministério da Saúde, também não era interessante que ela estivesse atrelada a ele de tal modo que fosse confundida com mais um mecanismo governamental de normatização ou regulação para os hospitais, em especial os privados.

A acreditação em território brasileiro continua seu processo de expansão. Atualmente, está voltada para as operadoras de seguros de saúde. A ANS⁷¹ é uma autarquia com autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de gestão de recursos humanos. Ela é subordinada ao Conselho de Saúde Suplementar - Consu e suas ações são norteadas por um contrato de gestão assinado com o Ministério da Saúde.

A ANS foi criada em consequência da reestruturação do Estado para organizar um setor da economia em funcionamento desorganizado que atendia a diversos interesses e nichos de mercado. Entretanto, a estruturação desse setor agravou alguns conflitos entre os setores público e privado, o que gerou interpretações que defendem a expansão da iniciativa privada como resultado da eficiência desse mercado e ineficiência do Estado em responsabilizar-se pela saúde da população (Bahia, 2005).

Em dezembro de 2004, a ANS lança o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – PQSS, instituído pela Resolução Normativa RN nº 139, de 24 de novembro de 2006. Com o Programa, as operadoras de planos de saúde e a própria ANS passaram a ser avaliadas por índices de desempenho, calculados a partir de indicadores definidos pela própria Agência.

Com isso, a ANS lança uma nova perspectiva para a regulação do setor. Ela dá relevância à qualidade das ações na política da instituição com base na ideia de reconhecer a saúde suplementar como local de produção de saúde. O maior desafio da

⁷¹ A ANS foi criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como reflexo do crescimento do setor de planos privados de saúde.

ANS passou a ser a qualificação dos atores de forma que as operadoras de planos passam a ser vistas como gestoras de saúde; os prestadores de serviços, como produtores de cuidado de saúde; os beneficiários como usuários com consciência sanitária; e a própria ANS, para que ela possa regular um setor que almeja produzir saúde (PQSS – ANS, 2007).

Em 4 de novembro de 2011, iniciou seu *Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde* com a Resolução Normativa RN nº 277, a qual estabeleceu que as instituições acreditadoras das operadoras de planos de saúde devem ser certificadas pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE⁷² do Inmetro⁷³ quanto às suas competências técnicas como avaliadoras de conformidades (ANS, 2013; Inmetro, 2013).

A acreditação, ao adentrar esse universo das operadoras de saúde⁷⁴, expandiu seu mercado para além das unidades de saúde ao mesmo tempo em que gerou uma situação interessante. Para certificar uma operadora, a instituição acreditadora interessada deve passar por um processo de certificação no qual um órgão ligado ao governo vai avaliá-la quanto as suas próprias condições de atuar como tal, independente do instrumento que aplicará nas operadoras.

O campo formado pelas operadoras de saúde pertence ao componente essencialmente privado, do qual faz parte o empresariado da saúde. Nesse campo, ela se configura como negócio e movimenta bilhões de reais. Conforme dados da ANS, existem 1.542 operadoras de saúde com registro ativo, com um total de 48.660.705 beneficiários (25,5% da população do Brasil⁷⁵) de assistência médica, com ou sem serviços odontológicos, e o setor teve uma receita na casa dos 84 bilhões de reais em setembro de 2012 (ANS TabNet, 2012).

Parece-nos que essa atitude de impor às certificadoras um processo que avalie suas qualidades foi uma reação à possibilidade de mais uma entidade entrando nesse

⁷² Decreto nº 6.275, de 28 de novembro de 2007.

⁷³ Esse organismo é uma autarquia federal, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

⁷⁴ As operadoras de saúde são definidas pela ANS, na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, como: “Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o *caput* deste artigo.”

⁷⁵ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o censo de 2010 apontou para uma população formada por 190.732.694 pessoas.

campo de negócios bilionários. O fato de o programa anterior, o PQSS, ter estabelecido índices de desempenho a partir de indicadores criados pela própria Agência corrobora com essa atitude.

As entidades acreditadoras, independentemente do grau de proximidade com que se constituíram em relação ao público, agem no âmbito externo ao setor estatal, tendo como locus de atuação o mercado. Elas concorrem entre si e enfatizam a concorrência entre os organismos de saúde e seus respectivos provedores. Da mesma forma, evidenciam os diferentes graus de desenvolvimento da qualidade entre os componentes público e privado desse campo.

Segundo Braga (2012), o empresariado da saúde tem utilizando uma estratégia de cooperação calcada nos conceitos de qualidade, eficiência e custo-efetividade voltados tanto para as questões de gestão, quanto para as de saúde propriamente dita. Além disso, esse setor também tem difundido valores e práticas relacionadas à saúde no campo da economia. Essa atuação, na arena política e em seus espaços de formulação e implementação de políticas, age em prol da ideia de que o Estado talvez não seja o melhor gestor nem para o componente público da saúde, nem para a saúde como um todo.

A nosso ver, essa dinâmica, considerando que o componente privado de saúde protege-se de incursões exógenas ao seu campo que podem vir a expô-lo, e considerando, ainda, que a maior parte da população brasileira arca com um duplo custo em relação ao acesso aos serviços de saúde, num contexto de forte representação privada, pode vir a influenciar o futuro do setor da saúde a reorganizar-se frente à condição de direito à saúde pela população como um todo.

O pleito de adoção da metodologia, em vista do alcance de certo grau de qualidade, é pertinente. A intenção é a de que ocorram mudanças nas unidades de saúde. Mas, do ponto de vista do grau de inserção das partes que compõem o sistema brasileiro de saúde, o que significarão essas mudanças? Como ficará a reconfiguração desse sistema? O público tem um compromisso e responde às questões de *accountability*, que garantem uma exposição de sua situação, enquanto o privado expõe-se no que julga e pactua ser seu indicador pertinente à qualidade. Que qualidade será essa?

Considerações finais

Nesse trabalho, buscamos a trajetória da acreditação para mostrarmos como se deu a construção política da acreditação, os seus sentidos e significados na organização do sistema brasileiro.

Para isso, buscamos evidenciar como desde os primórdios, ainda em solo americano, a acreditação foi fruto de arranjos e acordos que corroboraram para a sua constituição, mobilizando uma rede de atores e interesses em torno da temática. A metodologia foi possibilitada por uma articulação entre as entidades médicas, as instituições de saúde e o governo da época. Da mesma forma, existia a percepção de que, sem o apoio de uma instituição, a ideia não se sustentaria. Ou seja, desde sempre a acreditação se inseriu num contexto de discussão política.

Com a evolução dos ambientes de saúde, da própria metodologia e das relações entre os atores, a acreditação foi se inserindo nas oportunidades que se apresentavam, e sua instituição ganhou notoriedade. Além de indicada pelo governo como garantia de repasse financeiro, alcançou o posto de parceira da OMS e se propagou pelo sistema-mundo.

Essa percepção possibilitou-nos entender a acreditação em um contexto de oferta de ideias permeado de estratégias políticas que reforçam a utilização e a adequação desta ferramenta pelos diferentes sistemas nacionais de saúde. Por isso, existe também a possibilidade de disputas de poder e pressão no âmbito dos sistemas de saúde nacionais.

O contexto é de macro interdependência econômica e de transformações nos contextos nacionais. Os EUA ofertam a acreditação porém ela não deixa de ser uma estratégia política que mantém uma hegemonia de saber e poder sobre o que é saúde e como organizá-la. Mas isso não quer dizer que houve uma imposição e que um país vá, simplesmente, adotar a metodologia apenas porque é consenso hegemônico que essa é uma boa ideia.

Existem as negociações, as interações e as políticas que intermediarão a integração da ferramenta e isso vai explicar os distintos modelos, modos de desenvolvimento e compatibilidade com as realidades nacionais.

Por isso, a metodologia consegue atender aos anseios das sociedades liberais ao mesmo tempo que consegue acolher países que decidem adotá-la como um mecanismo de regulação governamental. Sem dúvida, observar os meios pelos quais a acreditação vai se nacionalizando e os seus resultados nos países coopera para aguçar um senso crítico fundamental para a percepção de como lidar com a evidência de qualidade ou a sua falta, nos diversos ambientes de saúde.

Vale lembrar que na Índia, a acreditação foi sugerida mesmo sem conhecimento sobre o assunto. No Japão, foi considerada uma boa ideia apesar da experiência ter evidenciado um grande número de casos de má prática médica em um dos hospitais certificados. No Líbano, a acreditação se apresentou como ferramenta regulatória do Estado com base no sistema de pagamentos. Na França, o processo de acreditação é obrigatório e sua importância é maior do que a certificação em si. O objetivo é a cultura de qualidade transformadora. Na Inglaterra, a lógica de controle hierárquico fez da acreditação apenas mais uma ferramenta entre outras. Na Espanha, o sistema de saúde sofre sanções com o fechamento de uma unidade de saúde.

Ressalte-se que a acreditação nasceu e desenvolveu-se a partir de uma preocupação genuína com a qualidade. Independente de ser oferecida por órgãos públicos ou privados, a ferramenta sempre seguiu os passos da popularização da qualidade como conceito a ser perseguido e alcançado através de padrões, por todo e qualquer ambiente de saúde, em qualquer parte do mundo.

Porém, não pode-se esquecer que o campo da saúde destacou-se como locus econômico altamente rentável, com dinâmica própria, tornando-se um alvo supranacional. Robert Vogel (2011), Prêmio Nobel 1993 em economia, desenvolveu um estudo cuja premissa é a de que o encarecimento anual do acesso à saúde é um benefício, porque propicia retornos crescentes aos investimentos feitos no setor em termos de tecnologia, traduzida em instalações e equipamentos dispendiosos. A aposta é a de que a saúde será uma das molas propulsoras da economia no século atual.

No Brasil, a oportunidade para a inserção da acreditação aconteceu por conta de um contexto de crise e consequente reformulação do Estado e das políticas de saúde. A qualidade estava no cerne da questão, era necessário tirar o melhor proveito do que já existia. Essa demanda gerou uma situação de debates sobre as questões de avaliação e qualidade, uma vez que passou a ser imprescindível conhecer, avaliar, qualificar, fiscalizar e normatizar para organizar o sistema de saúde e seus ambientes frente aos

desafios postos pelo desenvolvimento, de certa forma, desordenado de seus componentes e suas imbricações.

Portanto, o ambiente era favorável às metodologias de qualidade baseadas em padrões factíveis de comparação. A acreditação era uma boa ideia entre várias que estavam sendo pesquisadas para dar forma e conteúdo ao padrão desejado para as atividades de saúde. A oportunidade estava posta e a acreditação pronta.

Assim, ela foi ofertada como uma ferramenta comprovadamente benéfica às questões de qualidade dos ambientes de saúde e foi apresentada pela Opas à ALC como um mecanismo com dupla função. A metodologia permitiria inserir os hospitais na rede Silos ao mesmo tempo em que esses teriam uma qualidade comprovada, independente de suas naturezas.

A intenção foi a de propiciar a inserção da alta tecnologia presente nos hospitais, nas questões referentes ao desenvolvimento da atenção básica e, assim, aproximar os estágios de desenvolvimento dos países da ALC do almejado por Alma Ata. Além disso, buscava-se aproximar os componentes privados das discussões referentes aos sistemas de saúde dessa região uma vez que estes eram (e ainda são) responsáveis por uma importante parcela dessa provisão de saúde.

Como bem colocou Humberto Novaes o primeiro tabu, o tema hospitais, estava sendo superado dentro da própria Opas com esse movimento. Passada essa fase, deveriam enfrentar o segundo tabu, o tema privado, uma vez que esse é um elemento de peso na formação da saúde latino-americana e, em especial, no Brasil.

Assim, percebeu-se que o movimento de entrada da acreditação no contexto de saúde brasileiro foi marcado por momentos distintos. As análises dos documentos levantados em conjunto com as entrevistas foram fundamentais para a definição desses momentos e para a construção da trajetória dos atores envolvidos e possibilitaram delinear a rede de atores formada pelas relações sociais travadas dentro de importantes instituições, do campo da saúde nacional.

Em nosso país, a entrada da acreditação teve sentido com a discussão de qualidade e avaliação de sistemas num campo que estava em formação. A metodologia seria uma opção de qualidade que cooperaria na consolidação de um sistema que precisava reorganizar a estrutura existente de saúde em prol do SUS.

Apesar das estratégias de adaptação da ferramenta, não houve um cálculo que abarcasse as mudanças que a acreditação poderia vir a ocasionar no SUS. A lógica não foi a de atender as necessidades do sistema, mas sim as das unidades de saúde.

Ressalte-se que a qualidade era o pleito. Uma preocupação real e mais forte do que as questões relacionadas com a natureza dos componentes da saúde e suas tensões mercadológicas.

Com isso, atores com comprovada experiência no campo da saúde e, mais especificamente com experiência de atuação nos hospitais, na busca por mecanismos de qualidade, foram buscando informações e introduzindo a metodologia. Atores com inserções próximas à esfera de poder central, que permitiram o aproveitamento de oportunidades pontuais, nesse âmbito de discussões em prol da qualidade.

Esse processo foi importante para que, na análise conjunta da linha do tempo referente a trajetória dos atores e dos eventos, se definissem as articulações de poder e financiamento que permitiram a construção de duas metodologias distintas. Ou seja, o apanhado deixou transparecer os atores, as instituições que passaram a apoiar o movimento de nacionalização da metodologia e como ambos estavam se organizando e apoiando esta ou aquela iniciativa em prol da acreditação.

A construção dessas duas metodologias mais importantes tiveram participação do Ministério da Saúde. Seja por propiciar um posicionamento favorável a oportunidades e articulações, seja por influenciar os objetivos da acreditação. Contudo, as mudanças de posição dos atores Humberto Novaes e José Noronha impactaram a atuação do Ministério da Saúde.

Quando Humberto Novaes passou a atuar como consultor do ministério, capitaneado a nacionalização da metodologia, a acreditação ganhou força em nosso país. Ao mesmo tempo, a realocação de José Noronha, no Rio de Janeiro, permitiu experiências com a metodologia pautada pela acreditação americana.

As duas instituições que se destacam na oferta da acreditação, no Brasil, são o CBA e a ONA. Ambas são representadas por órgãos independentes do governo: o CBA que pautou-se pela metodologia americana, cuja cartilha prevê a independência do governo; e a ONA cuja institucionalização teve influência do FBH que objetivou evitar a dupla fiscalização governamental nos hospitais privados, considerando a existência da ANVISA que atuou como órgão de apoio à disseminação dessa entidade.

Essas metodologias têm diferenças marcantes. O CBA oferece diretamente o seu manual e objetiva unidades de saúde com potencial e independência para arcar com as transformações em prol da qualidade de excelência.

A ONA pretende um sistema de acreditação capaz de alcançar um grande número de unidades de saúde e de atuar em ambientes com qualidades em estágios distintos, mas nem por isso desprezíveis. Por isso, oferece seu manual através de um grupo de instituições acreditadoras e promove palestras explicativas sobre o processo e suas possibilidades de evolução de um nível mínimo, o nível um, até um nível máximo, o nível três. Passado o alcance do nível três, esse pode ainda ser superado por adesão a uma metodologia internacional como a canadense, entre outras.

Os caminhos da acreditação parecem ter tanto fortalecido a discussão de qualidade necessária ao sistema público, quanto reforçado a discussão de excelência do sistema privado, ambas convivendo e disputando a atuação no mercado da saúde no Brasil. O segundo sentido da acreditação brasileira aproxima-se dessa lógica de tensões entre o público e o privado e vai ganhando contornos de outros sentidos mais imbricados nessa tensa relação de disputas.

Em entrevista à revista Radis, Hésio Cordeiro corrobora a observação feita por Novaes de que o setor privado foi, ou é, um tabu que deixou de ser debatido: “(...) os setores progressistas da Reforma Sanitária tinham muito preconceito em discutir a área privada. A saúde suplementar não mereceu discussão profunda. As pessoas não conheciam como funcionavam as operadoras” (Radis, 2011:20). Ainda na mesma entrevista, deu sua opinião sobre como está, atualmente, a relação entre os setores público e privado na saúde.

Muitas vezes, essa saúde dita suplementar se vale do serviço público para os procedimentos de alta complexidade. No fundo, o serviço público de saúde é que trabalha complementarmente à iniciativa privada, quando a concepção inicial é que a iniciativa privada complementaria as ações do setor público. Houve uma inversão (Radis, 2011:20).

O nosso sistema de saúde sempre teve essa articulação público e privado. Esses componentes vão, por meio da tensão que causam no sistema de saúde, ora evidenciando a atuação da saúde pública, ora a da saúde privada. Como as evidências que são levantadas pela acreditação, em prol da qualidade, vão impactando essa balança é uma questão que merece ser abordada e devidamente pesquisada. Nesse momento, o

que pode-se depreender é que essa é uma questão que também depende da atuação dos atores e de suas capacidades de barganha, sendo, portanto, uma questão de política.

Referências Bibliográficas

Almeida C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC et al.(orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Arce H. A acreditação de serviços de saúde no cone sul. In: ENSAIO: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Número especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Fundação Cesgranrio.

Arrighi G. O Longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Editora UNESP, 1996. 4ª reimpressão, 2003.

Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). Disponível em <http://www.anahp.org.br> Acessado em fevereiro de 2013.

Astrue MJ. Health care reform and the constitutional limits on private accreditation as an alternative to direct government regulation. Law and Contemp. Probs 1994: 57 (4), pp. 75-87.

Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.9-30, 2005.

Banco Mundial. World Development Report, 1993. Investing in Health. World Development Indicators. Oxford University Press/ Worl Bank, 1993.

_____.O Brasil e o Banco Mundial: a quinta década de cooperação. Banco Mundial, Washington D.C., 1994.

_____. Brasil. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Relatório No. 12655-BR. Divisão de Recursos Humanos. Departamento Região da América Latina e do Caribe. Banco Mundial. 1995.

_____. Health Sector Reform Project – Reforsus. Relatório N° 15522-BR. Escritório para a região da America Latina e Caribe, Departamento do País I, Grupo de Desenvolvimento Social e de Capital Humano. 1996.

_____. Brazil. The Brazil health system: impact evaluation report. June 30, 1998.

_____. Development effectiveness in health, nutrition and population: lessons from World Bank experience. May 10, 1999.

_____. Brazil. Country assistance evaluation. Report No. 27629-BA. January 14, 2004.

Baptista BSF. O desenvolvimento do processo de acreditação de hospitais no Brasil. Brasília Médica 1998; 35(3/4): 99-102.

Baptista TWF. Políticas de saúde no pós-constituinte. Um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil (Tese) (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), 2003.

Baptista TWF; Mattos RA. Sobre política (ou que achamos pertinente refletir para analisar políticas. In: Mattos RA; Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de

saúde, 2011. P.52-91. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acessado em agosto de 2012.

Braga IF. Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Bosi MLM; Mercado FJ (orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2006.

Bourdieu P. Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. O poder simbólico. 14a ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2010. Capítulo II - Introdução a uma sociologia reflexiva. (p. 17-58)

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portalsaude.saude.gov.br> Acessado várias vezes durante os anos de 2011 e 2012.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 1.107 de 14 de junho de 1995. D.O.U. de 19 de junho de 1995, seção I, p.8849.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 538 de 17 de abril de 2001. D.O.U. nº 76-E de 19 de abril de 2001, seção I, p. 12.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 1970 de 25 de outubro de 2001. D.O.U. nº 206 de 26 de outubro de 2001, seção I, p. 93.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 2944 de 20 de novembro de 2006. D.O.U. de 21 de novembro de 2006, seção I, p. 61.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em <http://www.ans.gov.br> Acessado em julho de 2010.

_____. _____. Resolução Normativa (RN) nº 139 de 24 de novembro de 2006. D.O.U. de 27 de novembro de 2011, seção I, p. 54.

_____. _____. Resolução Normativa (RN) nº 277 de 4 de novembro de 2011. D.O.U. de 7 de novembro de 2011, seção I, p. 101.

_____. _____. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 de 27 de outubro de 2000.

_____. _____. ANS Informação 2008. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/folder_ANS-Info_2008.pdf Acessado em julho de 2010

_____. _____. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf Acessado em julho de 2010

_____. _____. _____. /TABNET Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet> Acessado em janeiro de 2013.

_____. _____. Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br> Acessado em janeiro de 2013.

_____. _____. _____. Resolução (RES) nº 921 de 29 de maio de 2002. D.O.U. de 3 de junho de 2002, seção I, p. 68.

_____. _____. _____. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública 2004;38(2)335-6.

_____. Presidência da República. Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999. D.O.U. de 27 de janeiro de 1999, seção I, p.1.

_____. _____. Decreto nº 6275 de 28 de novembro de 2007. D.O.U. 29 de novembro de 2007, seção I, p. 1.

_____.Avança Brasil. Disponível em <http://www.abrasil.gov.br> Acessado em dezembro de 2012.

Campos ACB. A avaliação de uma instituição hospitalar com base no Programa de Acreditação Hospitalar (Dissertação) (Mestrado em Engenharia de Produção). Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 2006.

Cechin J. (org). A História e os Desafios da Saúde Suplementar: 10 Anos de Regulação. São Paulo. Saraiva. Letras & Lucros, 2008.

Centers for medicare and medicaid services/ US department of health and human services. Disponível em www.cms.gov Acessado em maio de 2011.

Cochrane Collaboration. Disponível em www.cochrane.org Acessado em novembro de 2012.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC. A arte e a técnica da cirurgia no Brasil. A história da maior entidade científica de cirurgia da América Latina. Colégio Brasileiro de Cirurgiões; News Comunicação. Rio de Janeiro, 2007.

Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em www.cbacred.org.br Acessado várias vezes no período de 2009 até março de 2013.

Contandopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência e Saúde Coletiva, 11(3):705-711, 2006.

Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. N Engl J Med 2006;355:1339-44

Cordeiro H. RADIS comunicação em saúde. Nº 102, fevereiro de 2011. Entrevista: Hésio Cordeiro: “A saúde perdeu um pouco suas bandeiras”

Costa NR; Castro AJW. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Januario Montone, Antônio Joaquim Werneck de Casto (Orgs.) – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos em Saúde – MS) – (Regulação e Saúde; v.3, t.1).

- Controle de Qualidade Hospitalar. Disponível em www.cqh.org.br Acessado em novembro de 2012.
- Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos R. A.; Baptista T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198. Disponível em <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acessado em agosto de 2012.
- Dennis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (supl. 1): 5229-5237, Nov. 2010.
- DICQ-Sistema Nacional de Acreditação. Disponível em <http://www.dicq.org.br> Acessado em janeiro de 2013.
- DNV. Det Norske Veritas. Disponível em <http://www.dnv.com> Acessada em janeiro de 2013.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med vol114, November 1990.
- _____. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press, 2003.
- Duran A, Lara J, Waveren M. Health systems in transition: Spain; 2006: health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(4):1-208.
- Eisenhower Fellowships. Disponível em <http://www.efworld.org> Acessado em dezembro de 2012.
- El-Jardali F. Hospital accreditation policy in Lebanon: Its potential for quality improvement. J Med Liban, 2007;55 (1), pp. 39-45.
- Engel P; Rorty R. Para que serve a verdade? São Paulo; Editora UNESP, 2005.
- ENSAIO: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Número especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Fundação Cesgranrio.
- Escorel S. Historia de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC et al.(orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008
- Feldman LB, Gatto MAF e Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9.
- Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1999. 3 a ed.
- Fiani R. Cooperação e conflito: instituições e desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- Filho CEFP. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Januario Montone, Antônio Joaquim Werneck de Casto (Orgs.) – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos em Saúde – MS) – (Regulação e Saúde; v.3, t.1).

- Fiori JL. O poder global e a nova geopolítica das nações. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- Flexner A. Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foudantion for the Advanced of Teaching, 1910
- Fortes MT. A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações (Dissertação) (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), 2007.
- Fortes MT, Mattos RA, Baptista TWF. Acreditação ou Acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, Reino Unido e Catalunha. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(2):239-246
- Fortes MTR, Baptista TWF. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? Acta Paul Enferm 2012; 25(4):626-31.
- Foucault M. Microfísica do poder. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 28ª edição.
- Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALD (orgs.). O sistema único de saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobrevime; Cealag, 2002.
- Fundação Vanzolini. Disponível em <http://www.vanzolini.org.br> Acessado em janeiro de 2013.
- GL-Group. Germanisher Lloyd. Disponível em <http://www.gl-group.com.br> Acessado em janeiro de 2013.
- Giddens A. A construção da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Introdução e capítulo 1.
- Ginsburg T. International delegation and state disaggregation. Const Polit Econ. 2009;20:323–340
- Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. Qual Health Care 2001;10: (2):111-116
- Guba EG, Lincoln, YS. Effetive evaluation. Jossey-BassPublishers. San Francisco, 1989. Capítulo 1.
- Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência e Saúde Coletiva, 4(2):341-53, 1999.
- _____; Silva LMV (orgs). Avaliação em saúde. Universidade Federal da Bahia/ Fundação Oswaldo Cruz. Julho, 2005.
- _____. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 11(3): 733-38, 2006.
- Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation. Health Policy, 2003:66 (1), pp. 29-49.

História e evolução dos hospitais. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro, 1944. Reedição de 1965.

Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (Ibes). Disponível em <http://www.ibes.med.br> Acessado em janeiro de 2013.

Ichinose RM, Almeida RT. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. Memórias II Congresso Latinoamericano de Ingenieria Biomédica, Habana 2001, Mayo 23 al 25, 2001, La Habana, Cuba. Acessível em <http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00268.pdf> Acessado em fevereiro 2011.

International Hospital Federation (IHF). Disponível em <http://www.ihf-fih.org> Acessado em janeiro de 2013.

International Society for Quality in Health Care (ISQua). Disponível em <http://www.isqua.org> Acessado várias vezes.

_____. Bulletin. June 2010. Disponível em <http://www.isqua.org> Acessado em novembro de 2012.

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro). Disponível em <http://www.inmetro.gov.br> Acessado em janeiro de 2013.

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)/MS. Disponível em <http://www.into.saude.gov.br/> Acessado em dezembro de 2012.

Junior AE, Koyama MF. O Relacionamento entre Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde no Âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (4): 903-914, 2007.

Kesler CR. Introduction and Notes. In: Hamilton, A; Madison, J; Jay, J. *The Federalist Papers*. Rossiter, C (editor). USA: Pinguin Group, 1999.

Klück M, Prompt CA. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial. In: *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Neto AQ, Bittar OJNVB (orgs.) – Porto Alegre: Dacasa, 2004.

Kingdon JW *Agendas, alternatives, e public policies*. Longman Classics in Political Science, 2003

Kowarick L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil. *Estados Unidos, França e Brasil. Rev. Bras. Ci. Soc.* Vol. 18, n.51, p.61-86, 2003.

Larousse. Dictionnaires, français. Disponível em <http://www.larousse.fr> Acessado em junho de 2012.

La Forgia GM; Couttolenc BF. *Desempenho hospitalar no Brasil. Em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma historia em tres dimensoes. In: Finkelman J. (org) *Caminhos da saude no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Lindblom CE. Still muddling, not yet through. *Public Administration Review*, 39:517-26,1979.

Malik AM; Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. Volume 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania). Realizadores: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP - Banco Itaú.

Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. 3 ed. Revisada e atualizada.

Manual brasileiro de acreditação de organizações prestadoras de serviços. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2006. 3 ed.

Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA: Uerj, Cepesc, 2003.

Marinho MGSMC. A presença Norte-Americana na educação superior brasileira: uma abordagem histórica da articulação entre a Fundação Rockefeller e estruturas acadêmicas de São Paulo. Thesis, São Paulo, ano I, v.3, p. 54-77, 2º semestre, 2005.

Marques E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. Revista BIB, Rio de Janeiro, n.43, 1997, p.67-102.

_____. Redes Sociais e Instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 14 nº 41 outubro/99.

_____. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. Introdução e cap. 1.

_____. Redes sociais e poder no Estado brasileiro. Aprendizados a partir das políticas urbanas. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol.21 nº 60, fevereiro/ 2006

Martins M. Movimento conservador ganha força nos EUA. O Globo, 31/ 01/ 2010 (blog na internet). Acessado em fevereiro de 2010. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/blogs/ny/default.asp?periodo=&palavra=militantes+do+ch%E1>

Matta GC. A medida política do vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais (Tese) (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005.

Mattos, PTL. A formação do estado regulador. Novos Estudos, CEBRAP 76, novembro de 2006, p. 139-56.

Mattos RA. Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. (Tese) (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

_____. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2):377-389, 2001.

_____. Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.20-51. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

Medici AC. Do global ao local: os desafios da saúde no limiar do século XXI. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

Mendes EV (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC – ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro, 1993. Introdução e capítulos 1 e 2.

Merriam-Webster On-line. Disponível em <http://www.merriam-webster.com> Acessado em junho de 2012.

Nandraj S; Khot A; Menon S; Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in Índia. Health Policy and Planning, 2001;16 (SUPPL. 2), pp. 70-79.

Neto FCB; Barbosa PR; Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L. (org.), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

NHS in England. Disponível em: <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs>

Noronha JC, Travassos CM, Rosa MLG e Temporão JG. Iniciativas em qualidade no Brasil. In: ENSAIO: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Número especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Fundação Cesgranrio.

Novaes HM. Programas de garantia de calidad através de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y El Caribe. Salud Pública de México. Mayo-Junio de 1993, vol 35, n. 3.

_____; Paganini JM. Development and strengthening of local health systems in national health systems change: guidelines and quality indicators for hospitals (Brazil). Washington (D.C): Pan American Health Organization; 1994. 109 p.

_____; Bueno H. Acreditação de hospitais no Brasil. Brasília Médica 1998; 35(3/4); 93-98.

_____. A experiência em acreditação na América Latina. In: ENSAIO: Avaliação e Políticas em Educação. Número Especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Rio de Janeiro, Fundação Cesgranrio.

_____; Neuhauser D. Hospital accreditation in Latin America. Pan Am J Public Health 7(6), 2000.

_____. O processo de acreditação de serviços de saúde. Rev. adm saúde. 2007;9(37):133-40.

_____. Depoimento. Rev. adm saúde. 2008;10(38): depoimento.

Novaes HMD. Avaliação em saúde. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-59

O'Dwyer G; Mattos RA. Teoria da estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 (2): 609-623, 2010.

O'Leary DS. The Joint Commission looks to the future. JAMA, Aug 21, 1987 – vol. 258, nº 7. Editoriais.

Organização Mundial de Saúde. Chronicle of The World Health Organization: development and constitution of WHO. Vol 1, 1947

_____. Hospitals and Health for All. Geneva: WHO; 1987

_____. The world health report 1998: Life in the 21st century: a vision for all. Geneva: WHO; 1998.

_____. The world health report 1999: making a difference. Geneva: WHO; 1999.

_____. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

_____. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.

_____. The world health report 2002: reducing risks: promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.

_____. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: WHO; 2003.

_____. The world health report 2004: changing history. Geneva: WHO; 2004.

_____. The world health report 2005: making every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.

_____. The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO; 2006.

_____. The world health report 2007: a safer future: global public health in the 21st century. Geneva: WHO; 2007.

_____. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008.

_____. The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.

_____. International Society for Quality in Health Care – ISQua. Quality and Accreditation in Health Care Services: a Global Review. Geneva: WHO/ISQua, 2003.

_____. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Quality improvement in primary health care: a practical guide. Al-Assaf AF; Sheikh M (editors), Cairo, 2004.

_____. Launch of WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions. Acessado em dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/newsalert/issue2/en/index.html>

Organização Nacional de Acreditação. Disponível em <http://www.ona.org.br> Acessado várias vezes em 2012.

_____. O sistema nacional de acreditação. Disponível em <http://www.onaeducare.org.br> Acessado várias vezes durante o ano de 2006.

Pacheco RS. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. RAP 40(4):523-43, Jul/Ago, 2006.

Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA: 2011.

Paganini JM; Novaes HM. Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Locais na Transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde. Garantia de Qualidade:

Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe. Washington (DC); Pan American Health Organization; 1992. 210 p. (OPS. Serie HSD/SILOS, 13). (Series/SILOS No. 13C)

_____; Mir RC. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica No 519. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1990.

Pereira MG. Acreditação de hospitais: aspectos conceituais e históricos. Brasília Médica 1998; 35(3/4): 103-106.

Pessoa LR. Hospitais federais no Rio de Janeiro e a terceirização das atividades-meio: em busca de qualidade, flexibilidade e ganhos econômicos. RAP 35(3):21-35, Maio/Jun. 2001.

Pinto PRM. Pragmatismo, ironismo e ceticismo em Richard Rorty. In In: Pinto PR M et. All. (orgs). Filosofia analítica, pragmatismo e ciência. Belo Horizonte. Ed UFMG, 1998, introdução; pp. 30-39.

Pó MV; Abrucio FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agencias reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. RAP 40(4):679-98, Jul/Ago. 2006.

Polany K. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 2ed. 10ª reimpressão.

Pomey MP, François P, Contandriopoulos AP, Tosh A, Bertrand D. Paradoxes of french accreditation. Qual Saf Health Care. 2005;14;51-5

Porter R. Das tripas coração. Rio de Janeiro: Record, 2004.

Potvin L; Gendron S; Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM; Mercado FJ (orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2006.

Pressman JL; Wildavsky A. Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland. 3ed. Berkeley and Los Angeles, California. University of California Press. 1984.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición. Disponível em <http://lema.rae.es/drae/?val=acreditacion> Acessado em junho de 2012.

Rivero DAT. Alma-Ata Revisited. The Perspectives in Health Magazine. Vol8, N. 2, 2003.

Roberts JS; Coale JG; Redman MA. A history of the Joint Commission on accreditation of hospitals. JAMA, Aug 21, 1987 – vol 258, nº 7.

Robinson R; Dixon A; Mossialos E. Health Care in Transition: United Kingdom; 1999. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 1999.

Rooney AL; Van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Quality assurance methodology refinement series. Quality Assurance Project/ USAID, 1999.

Rorty R. Pragmatismo, filosofia analítica e ciência. In: Pinto PR M et. All. (orgs). Filosofia analítica, pragmatismo e ciência. Belo Horizonte. Ed UFMG, 1998, pp. 15-29.

Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG (orgs). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

Sandier S; Paris V; Polton D. Health care systems in transition: France 2004. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 17ª ed. 2008.

Santos MMPCA, Temporão JG, Noronha JC e Parada R. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. In: ENSAIO: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Número especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Fundação Cesgranrio.

Segouin C. L'accréditation des établissements de santé: de l'expérience internationale à l'application française. Paris: Doin Éditeurs; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris; 1998.

Schiesari LMC. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas (Dissertação) (Mestrado em Prática de Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, 1999.

_____; Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. RAS, vol5, nº 18, Jan-Mar, 2003.

Schouten P (2008) 'Theory Talk# 13: Immanuel Wallerstein on World-Systems, the Imminent end of capitalism and unifying social science', Theory Talks. Disponível em <http://www.theory-talks.org/2008/08/theory-talk-13.html> (04-08-2008) Acessado em junho de 2012.

Scriven M. Metodologia da avaliação. In: Introdução à avaliação de programas sociais. Coletânea de textos. São Paulo, Instituto Fontes, 2004.

Scrivens E. Accreditation: Protecting The Professional or The Consumer? Open University Press. 1995a.

_____; Klein R, Steiner A. Accreditation: What can we learn from the Anglophone model? Health Policy, 1995b:34 (3), pp. 193-204.

_____. A taxonomy of the dimensions of accreditation systems. Social Policy & Administration, 1996:30 (2), pp. 114-124.

_____. Assessing the value of accreditation systems. Eur J of Public Health, 1997: 7 (1), pp. 4-8.

_____. Policy issues in accreditation. Int J for Qual Health Care, 1998a:10 (1), pp. 1-5.

_____. Widening the scope of accreditation - Issues and challenges in community and primary care. Int J Qual Health Care, 1998b:10 (3), pp. 191-197.

_____. Accreditation and the regulation of quality in health services. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E (editors). Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. World Health Organization; European Observatory on Health Care Systems series. Open University Press, 2002.

Siqueira J. Gestão da qualidade na saúde. XI Encontro de Gestão Sistêmica. Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear. São Paulo. 2002.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA; Silva LMV (orgs). Avaliação em saúde. Universidade Federal da Bahia/ Fundação Oswaldo Cruz. Julho, 2005.

Society News. Int J Qul Health Care, (1989) 1 (4): 263-264.

Temas de Actualidad/Current Topics. La Organización Mundial de la Salud cumple 50 años. Rev. Panam Salud Publica? Pan Am J Public Health 4(4), 1998.

Temporão JG, Rosa MLG, Maglutta C e Berenger M. O Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA): origens e experiência atual. In: ENSAIO: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Número especial voltado para Acreditação em Saúde. Vol 8. Junho 2000. Fundação Cesgranrio.

The Joint Commission. Disponível em <http://www.jointcommission.org> Acessado várias vezes de 2009 até 2012.

The Joint Commission International. Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org> Acessado várias vezes em 2011 e 2012.

Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? Health Policy. 2009;90(2-3):156-65.

USAID – Agency For International Development. Disponível em <http://www.usaid.gov> Acessado em junho de 2012.

Voelker R. International Quality. The World in Medicine. JAMA 283(6), 2000.

Voger R. Revista Veja. Entrevista – Robert Vogel. Rio de Janeiro, 04 de abril de 2011. Acessado em 30 de novembro de 2011. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp?page=&cod=712565>.

Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Zed Books, London & New Jersey, 2006.

Wallerstein I. After developmentalism and globalization, what? Social Forces, march 2005, 83(3):1263-1278. Disponível em <http://www.sf.oxfordjournals.org> Acessado em junho de 2012.

_____. The world system after 1945. Based on a lecture given at The Vienna L'Internationale Conference, 27 October 2010. Eurozine. Disponível em <http://www.eurozine.com> Acessado em junho de 2012.

_____. A world-system perspective on the social sciences. The British Journal of Sociology, 2010.

_____. Análise dos sistemas mundiais. In: Giddens A; Turner J (orgs.). Teoria social hoje. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

Worthen BR; Sanders JR; Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e praticas. São Paulo: Editora Gente, 2004. Capítulo 1, p. 33-58.

Zeribi, KA; Marquez L. 2005. Approaches to Healthcare Quality Regulation in Latin America and the Caribbean: Regional Experiences and Challenges. LACHSR Report Number 63. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.

ANEXOS

ANEXO I

Quadro 3: Relatórios anuais – OMS 1998 - 2010

Título	Assunto	Ano	Acreditação	Qualidade	Sist. de Saúde(s)
Life in the 21st century: a vision for all	Ano do 50º aniversário da OMS – o relatório analisa as tendências de saúde nas cinco décadas passadas e prevê como a expectativa de vida, as condições de saúde e as ferramentas para tal desenvolver-se-ão até 2025.	1998	0	96	28
Making a Difference	Descreve as conquistas e desafios do século XX. Sugere abordagens para que a saúde faça diferença no séc. XXI. O relatório sugere que a saúde deve ter destaque na agenda do desenvolvimento global e enfatiza o compromisso da OMS com este objetivo.	1999	0	55	150
Health systems: improving performances	Examina e compara os sistemas de saúde no mundo. Propõe conceitos para a complexidade de fatores que explicam o funcionamento dos sistemas de saúde e oferece conselhos e ideias de como avaliar e melhorar sua <i>performance</i> com os recursos existentes.	2000	4	75	543
Mental health: new understanding, new hope	Objetiva a saúde mental como fator crucial no bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países. Defende a necessidade urgente de políticas que eliminem o estigma e a discriminação e coloquem em prática a prevenção efetiva e o tratamento.	2001	1	46	40
Reducing risks: promoting healthy life	Aponta os riscos mais importantes para saúde e demonstra como eles podem ser diminuídos, nos próximos 20 anos, quando os mesmos fatores de risco são reduzidos.	2002	0	21	31
Shaping the future	Examina a situação da saúde global e algumas de suas maiores ameaças. Dá exemplos e sugestões de como a saúde para todos é possível e de como o progresso depende da colaboração entre os governos, instituições internacionais, o setor privado e a sociedade para que se construam sistemas de saúde fortes.	2003	0	69	175
Changing History	Aborda estratégias conjuntas de prevenção, tratamento, cuidado e suporte de longo termo para o HIV/AIDS para que os sistemas de saúde se fortifiquem e propiciem benefício consistente para todos.	2004	0	37	112
Make every mother and child count	Relata que aproximadamente 11 milhões de crianças com menos de 5 anos morrerão de causas que podem ser prevenidas. Entre elas, 4 milhões morrerão durante o primeiro mês de vida. Ao mesmo tempo, mais de 500 mil mulheres morrerão durante a gravidez e/ou durante ou logo após o parto. O relatório coloca que, para reduzir esses eventos em consonância com os objetivos do milênio, depende de todas as mães	2005	0	60	136

	e crianças terem o acesso apropriado à saúde desde a gravidez até o parto e desde o nascimento até o final da infância.							
Working together for health	O relatório prevê uma diminuição aproximada de 4,3 milhões de médicos, parteiras, enfermeiras e profissionais de saúde no mundo e de forma severa nos países pobres, em especial na África subsaariana. Propõe avaliação especializada da crise atual da força de trabalho em saúde e proposta para diminuí-la em 10 anos com o apoio de parceiros globais.	2006	29	81				116
A safer future: global public health in the 21 st century	Pretende ser um marco na história da saúde pública e sinaliza o que poderia ser considerado como o grande avanço na segurança da saúde em meio século. Demonstra como o mundo está vulnerável a doenças, epidemias, acidentes industriais, desastres naturais, etc. O relatório explica como as Regulações Internacionais de Saúde (2005) (International Health Regulations - IRH - <i>which came into force this year</i>), ajudam aos países a trabalharem juntos na identificação desses riscos e a agirem no controle dos mesmos. O relatório justifica a necessidade do IRH ao considerar que nenhum país tem a capacidade, independente de sua situação econômica, de proteger-se desses riscos sem ajuda dos outros. Considera ainda que um futuro mais seguro está próximo e que essa é uma aspiração coletiva e da responsabilidade de todos.	2007	0	8				43
Primary health care: now more than ever	Coloca ser essa a demanda atual dos Estados Membros, não apenas dos profissionais de saúde, mas também da arena política. Considera que a globalização está afetando a coesão social e os sistemas de saúde de vários países, pois esses são aspectos chaves das sociedades contemporâneas que não estão funcionando como poderiam e deveriam. Coloca que as pessoas estão cada vez mais impacientes com a cobertura nacional dos serviços de saúde, no atendimento de suas demandas. Afirma que a atenção primária pode melhorar as respostas dos sistemas de saúde aos desafios do mundo em constante mudança.	2008	2	91				251
Health systems financing: the path to universal coverage	A OMS define orientações gerais para os países modificarem os seus sistemas de financiamento a fim de evoluírem na direção da cobertura universal. Identifica um conjunto de ações que podem ser adaptadas às necessidades dos países, em diversos estágios de desenvolvimento, e formas de apoio da comunidade internacional aos esforços desses países para que o objetivo da cobertura universal seja atingido.	2010	1	75				96

Fonte: Elaboração a partir de dados do site da OMS em maio de 2012.

ANEXO II

Quadro 4: Outros relatórios em parceria com a OMS 1991 – 2006

Título	Ano	Local
Developing hospital accreditation in Europe Shaw, Charles D	2006	Office for Europe (artigo)
WHO guidelines for quality assurance of traditional medicine education in the Western Pacific Region World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific	2005	Office for the Western Pacific.
Normes de qualité des soins de l' infection à VIH : outils de l' évaluation et de l' amélioration de la qualité et d' accréditation des services de santé : [rapport d' une consultation OMS sur l' accréditation des services de santé chargés des soins de l' infection à VIH, 10-11 mai 2004, Genève, Suisse] WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care (2004 : Geneva, Switzerland)		Office for Europe
Accreditation of medical education institutions : report of a technical meeting, Schaeffergården, Copenhagen, Denmark, 4-6 October 2004. WHO-WFME Task Force on Accreditation		Office for Europe
Egyptian hospital accreditation program: standards. Sixth edition. Partners for Health Reformplus – PHRplus/ Usaid		Usaid
Zeribi, K.A. and Marquez, L. 2005. Approaches to Healthcare Quality Regulation in Latin America and the Caribbean: Regional Experiences and Challenges. LACHSR Report Number 63. Published for the U.S. Agency for International Development (Usaid) by the Quality Assurance Project		QAP - Usaid
Standards for quality HIV care : a tool for quality assessment, improvement, and accreditation WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care (2004 : Geneva, Switzerland)	2004	Office for Europe
Accreditation of health laboratories in the countries of the SEA region : report of a regional consultation, Bangkok, Thailand, 6-10 October 2003. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia		Office for South-East Asia.
Toolkit for accreditations programs Shaw C. ISQua		ISQua (e BM)

Quality and accreditation in health care services : a global review International Society for Quality in Health Care	2003	ISQua
External assessment of health services Shaw C. World Hospital and Health Services, 2003. Vol 40, n. 1		Revista do International Hospital Federation- IHF
Report on the Expert Group Meeting on Hospital Accreditation : Cairo, Egypt, 23-26 September 2002		Office for Eastern Mediterranean
Report on the Expert Group Meeting on Reform of Health Professions Education (2002: Cairo, Egypt)		
Report on the Consultation on Developing Guidelines for Accreditation of District Health Facilities, Riyadh, Saudi Arabia, 8-12 April 2001. Consultation on Developing Guidelines for Accreditation of District Health Facilities (2001: Riyadh, Saudi Arabia)	2002	Office for Eastern Mediterranean
Report on the Expert Group Meeting on Reform of Health Professions Education in the Eastern Mediterranean Region: Cairo, Egypt, 31 March-2 April 2002. Report on the Expert Group Meeting on Reform of Health Professions Education (2002: Cairo, Egypt)		Office Eastern Mediterranean Region
Accreditation guidelines for educational / training institutions and programmes in public health : report of the regional consultation, Chennai, India, 30 January - 1 February 2002 World Health Organization. Regional Office for South-East Asia		Office for South-East Asia
WHO guidelines for quality assurance of basic medical education in the Western Pacific Region World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific	2001	Office for the Western Pacific
WHO European strategy for nursing and midwifery education World Health Organization. Regional Office for Europe		Office for Europe
Expert Network on Health Care Reform Strategies in Southern Europe (SOUTHNET) : report on a WHO meeting, Jerusalem, Israel 8-11 November 1999	2000	Office for Europe
Quality assurance and accreditation : report of an intercountry consultation, Yangon, Myanmar, 16-19 November 1999 World Health Organization. Regional Office for South-East Asia		Office for South-East Asia
Hospital accreditation in Latin America Novaes, H. M		Office for Europe.

Accreditation of institutions of higher education of health personnel to ensure academic standards and social accountability : report of the Regional Task Force, New Delhi, India, 23-24 August 1999 Regional Task Force on Strengthening Accreditation Mechanisms in the South-East Asia Region of WHO	Office for South-East Asia
Report: Accreditation of providers for the National Health Insurance Fund of Tanzania. Family planning development project. Newbrander W. Management Sciences for Health, Inc	Management Sciences for Health (MSH) -org da saúde, sem fins lucrativos, composta por mais de 2.000 pessoas de 73 nações. Atua na Ásia, Europa e Eurásia, América Latina e Caribe, África Subsaariana, e estados frágeis. www.msh.org
Second meeting of the St Petersburg Initiative for Education in General Practice and Family Medicine : report on a WHO workshop, Lviv, Ukraine 15-17 October 1998. St Petersburg Initiative for Education in General Practice and Family Medicine. Meeting (2nd: 1998: Lviv, Ukraine)	1999 Office for Europe
Hospital accreditation : report of an intercountry meeting, Bangkok, Thailand, 7-11 December 1998 World Health Organization. Regional Office for South-East Asia	Office for South-East Asia
Licenciamento, Acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde Anne L. Rooney & Paul R. van Ostenberg, 1999, Quality Assurance Project (Usaid)	QAP - Usaid
Using accreditation to improve quality David Nicholas, 1999, Quality Assurance Project (Usaid)	QAP - Usaid
Accreditation of library and information services in the health sector : a checklist to support assessment Library and Information Co-operation Council. Health Panel	1998 Office for Europe (livro)
Experiences with quality management in an international context : report on a WHO workshop, Germany, 15-17 January 1998. World Health Organization. Regional Office for Europe	Office for Europe
Programme élargi de vaccination (PEV) : éradication de la poliomyélite : le réseau mondial de laboratoires de l'OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire 1997 ; 72(33) : 245-249	1997 Office for Europe

Expanded Programme on Immunization (EPI) : poliomyelitis eradication : the WHO global laboratory network. Weekly epidemiological record 1997 ; 72(33) : 245-249	Office for Europe
Report : WHO/AMEWPR Meeting on Quality Assessment of Medical Education : Focus on Medical Licensure Examination, Seoul, Republic of Korea, 14-16 September 1996 WHO/AMEWPR Meeting on Quality Assessment of Medical Education : Focus on Medical Licensure Examination (1996: Seoul, Republic of Korea)	1996 Office for South-East Asia
Service standards for discharge care United Kingdom. Health Services Accreditation.	Office for Europe. (livro)
Service standards for portering. United Kingdom. Health Services Accreditation	Office for Europe. (livro)
Health services accreditation : essential information for purchasers, providers and the public Savage, Martin. United Kingdom. Health Services Accreditation	1995 Office for Europe. (livro)
Hospital accreditation for Latin American and the Caribbean : quality assessment Pan American Health Organization	1991 PAHO

Fonte: Elaborado com dados retirados do site da OMS

ANEXO III

ANEXO IV

Quadro 6-Lista de ministros da saúde do Brasil – março de 1985 até março de 2013

NOME	INÍCIO	FIM	PRESIDENTE
Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna	15 de março de 1985	13 de fevereiro de 1986	José Sarney
Roberto Figueira Santos	14 de fevereiro de 1986	23 de novembro de 1987	
Luiz Carlos Borges da Silveira	23 de novembro de 1987	15 de janeiro de 1989	
Seigo Tsuzuki	16 de janeiro de 1989	14 de março de 1990	
Alceni Guerra	15 de março de 1990	23 de janeiro de 1992	Fernando Collor de Mello
José Goldemberg	24 de janeiro de 1992	12 de fevereiro de 1992	
Adib Jatene	12 de fevereiro de 1992	2 de outubro de 1992	
Jamil Haddah*	8 de outubro de 1992	29 de dezembro de 1992	
Jamil Haddah*	29 de dezembro de 1992	18 de agosto de 1993	Itamar Franco
Saulo Moreira	19 de agosto de 1993	30 de agosto de 1993	
Henrique Santillo	30 de agosto de 1993	1 de janeiro de 1995	
Adib Jatene	1 de janeiro de 1995	6 de novembro de 1996	Fernando Henrique Cardoso
José Carlos Seixas	6 de novembro de 1996	13 de dezembro de 1996	
Carlos Albuquerque	13 de dezembro de 1996	31 de março de 1998	
José Serra	31 de março de 1998	20 de fevereiro de 2002	
Barjas Negri	21 de fevereiro de 2002	31 de dezembro de 2002	
Humberto Sérgio Costa Lima	1 de janeiro de 2003	8 de julho de 2005	Luiz Inácio Lula da Silva
José Saraiva Felipe	8 de julho de 2005	31 de março de 2006	
José Agenor Álvares da Silva	31 de março de 2006	16 de março de 2007	
José Gomes Temporão	16 de março de 2007	31 de dezembro de 2010	
Alexandre Padilha	1 de janeiro de 2011	—	Dilma Rousseff

Fonte: Elaborado com dados retirados do Portal da Saúde (2012)

ANEXO V



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
Termo de Consentimento



Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.”** desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/Fiocruz).

O objetivo central do estudo é “analisar como a acreditação insere-se na organização do sistema de saúde brasileiro e associa-se a estratégias de políticas”.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- 1 – Percorrer a história da acreditação no Brasil, com a identificação dos agentes envolvidos e processos implementados.
- 2 – Identificar, nas esferas tanto pública quanto privada de saúde, os pressupostos da adoção da acreditação e os incentivos para que tanto os provedores públicos quanto os privados se voluntariassem para o processo de acreditação.
- 3 – Levantar os pressupostos em prol da construção de uma proposta de política para a adoção da acreditação.

A sua participação consistirá em conceder uma **entrevista** à pesquisadora do projeto e não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Caso seja necessário para a pesquisa e você esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pela pesquisadora do projeto e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de dados. Destaque-se que os resultados da análise são de responsabilidade da pesquisadora. Todo material de entrevista será devidamente descartado após 5 anos.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado trará uma imensa contribuição para a compreensão da política de saúde no Brasil, trazendo benefícios para a comunidade científica e para o sistema de saúde brasileiro.

Você receberá uma cópia desse termo no qual constam o telefone e o endereço da pesquisadora responsável e de sua orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Maria Thereza R. Fortes – Doutoranda ENSP/Fiocruz

Contato com a pesquisadora responsável:

E-mail: mtfortes@yahoo.com.br

Tels: (0XX) 21-22661172

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Tatiana Wargas de Faria Baptista – Orientadora - ENSP/Fiocruz

Contato com a Orientadora

E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Tels: (0XX) 21-25982849

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 3º andar – sala 314
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome do participante)

ANEXO VI

Roteiro para a entrevista:

1. Qual foi a primeira vez que ouviu falar da acreditação no Brasil? Como foi recebida pela área da saúde? Quais os objetivos enunciados para a adoção da acreditação (veio responder a quê)?
2. Participou de algum grupo de trabalho para o desenvolvimento da acreditação em nosso contexto? Quem mais participou desse processo?
3. Foi adotada alguma diretriz para a condução da acreditação? Quem promoveu/participou dessa orientação (inclusive instituições/organizações)?
4. Como ocorreu o processo de elaboração/revisão dos padrões internacionais (manuais) (diferentes manuais em uso)?
5. O que conhece dos critérios adotados para a escolha das primeiras experiências ?
 - 5.1. Quando e por que se iniciou a acreditação nas instituições federais?
6. Dois tipos de metodologia de acreditação estabeleceram-se no Brasil num primeiro momento: a internacional e a nacional. Quais foram as razões de se estabelecerem essas duas opções? Quem participava de cada uma delas?
7. Atualmente, a acreditação também está certificando operadoras de saúde. Qual o significado desse processo?
8. Como percebe a acreditação no Brasil hoje?
9. Comente as frases:
 - a. “Esperamos que, em um futuro não distante, os recursos do nosso SUS sejam repassados somente aos hospitais certificados.”
 - b. “A acreditação pode e deve ser considerada como uma questão de política.”