

A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros

LAURA MARIA CÉSAR SCHIESARI¹
MARCOS KISIL²

RESUMO

Este artigo é parte integrante do trabalho apresentado na dissertação de mestrado " Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas". A preocupação em avaliar instituições hospitalares no Brasil data da década de 40. Desde então instrumentos para a avaliação externa dos serviços de saúde passaram a ser desenvolvidos a fim de garantir padrão hospitalar nacional. Ao longo destes anos o processo de avaliação hospitalar foi descontinuado. A década de 90 é marcada pela introdução do termo acreditação hospitalar, com o desenvolvimento de instrumento inspirado em padrões preconizados pela Organização Pan-Americana da Saúde. Diferentes grupos são envolvidos nesta discussão, culminando com a formação da Organização Nacional de Acreditação em 1998. Os vários envolvidos com acreditação hospitalar e sua contribuição são apontados.

Palavras-chave – Qualidade em saúde. Acreditação hospitalar. Avaliação em saúde. Administração em saúde. Gestão hospitalar.

ABSTRACT

Quality assessment in Brazilian hospitals

This paper intends to present a historical evolution of hospital evaluation in Brazil, which goes back to the 40's. Different tools were developed since that time in order to make an external assessment of hospitals in order to achieve a national hospital standard. However, this evaluation process has not been continuous nor homogeneous throughout those years. During the last decade the accreditation process was started – a national hospital accreditation manual based on the PAHO accreditation proposal was developed. Different stakeholders were involved in such a discussion. In 1998, the National Accreditation Organization was settled. The role of the different stakeholders and their contribution to the accreditation process are pointed out.

Key words – *Quality in healthcare. Hospital accreditation. Evaluation in health care. Health care management. Hospital management.*

1. Médica; Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP – Administração de Serviços de Saúde/Administração Hospitalar; Doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

2. Professor Titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Felipe Gusmão, 172 – 05441-100 – São Paulo, SP. E-mail: lauschi@uol.com.br

DOS PRIMÓRDIOS À RECLAR

Os primórdios – A Divisão de Organização Hospitalar

Em 1941 foi criada a Divisão de Organização Hospitalar (DOH), dentro do Departamento Nacional de Saúde vinculado ao Ministério de Educação e Saúde. Compreendia as Seções de Edificações e Instalações, de Organização e Administração, de Assistência e Seguro de Saúde. Tinha por objetivos coordenar, cooperar ou orientar, em todo o Brasil, os estudos e a solução dos problemas que diziam respeito à assistência a doentes e deficientes físicos e a desamparados. Dentre suas competências destacavam-se o incentivo ao desenvolvimento e melhoria de instituições e serviços de assistência; o estabelecimento de normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos, casas de saúde e outras unidades de assistência; a organização e manutenção do cadastro dos estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência; a realização das inspeções, para que se pudesse esclarecer os processos de subvenção federal a instituições de assistência e a fim de se verificar anualmente a aplicação dos auxílios da União. Este tipo de atividade remete a idéias de qualidade da assistência, enquadrando-se neste momento no contexto da discussão ainda incipiente dos direitos sociais⁽⁴⁻⁷⁾.

A DOH tinha por intenção criar a rede nacional de hospitais regionais, formada por “hospitais modernos”, com arquitetura funcional e organizados tecnicamente, hospitais concebidos para todos, onde houvesse certa igualdade na distribuição de leitos. O “hospital moderno” ou “hospital padrão”

era o protótipo do aprimoramento hospitalar daquele momento, adequadamente planejado e construído, concebido para facilitar o diagnóstico e o tratamento, no qual o doente seria o principal personagem. Pretendia ainda servir à profissão médica, alegando prestigiar os profissionais pelo fornecimento dos recursos necessários para o exercício da boa prática médica. A preocupação de constituir uma rede aparece com evidência aqui, apesar de não haver responsabilidade pública direta pela prestação de serviços, mas sim por sua normalização e regulação^(6,7).

A estratégia para a formação de uma rede nacional de hospitais envolveu diferentes etapas. Dentre estas etapas estavam a elaboração de legislação básica, iniciada em 1941 e parcialmente completada em 1945; o censo geral e cadastro hospitalares realizados em 1941 e 1942; a classificação das instituições médico-sociais e definições da finalidade e tecnologias indispensáveis. Da fase preparatória constava ainda a introdução na prática da moderna organização hospitalar, viabilizada por meio de curso desenhado segundo as necessidades do momento e de grande prestígio na época, responsável pela formação de importante contingente de administradores hospitalares. Finalmente foram elaboradas normas e padrões abrangendo o complexo hospitalar, com base em estudo minucioso da distribuição de leitos existentes e a construir, bem como a localização das futuras construções. Desta última etapa resultou o modelo hospitalar a ser seguido⁽⁶⁻⁸⁾.

O censo/cadastro hospitalar representava etapa fundamental para a formação de uma rede nacional de hospitais, convenientemente estudados,

construídos ou aperfeiçoados, e equipados para o mais eficiente funcionamento. Respondia-se assim às necessidades de saúde da época, contribuindo, na sua evolução, para a concretização da tendência vigente de organização uniforme, dentro de um sistema integral de saúde, em todo o país, com conexão cada vez mais estreita entre a medicina preventiva e a curativa⁽⁸⁾.

Para uma boa organização hospitalar era necessário rigoroso controle de todas as atividades na instituição, desde a inscrição e qualificação de doentes na admissão, os registros clínicos diários e as estatísticas, até a escrituração minuciosa de tudo que se relacionasse à vida econômica e financeira^(6,7). A intenção era estabelecer padrões viáveis a serem reproduzidos em diferentes locais e aprimorados ao longo dos anos. A execução do plano estava prevista para um decênio. A padronização da estrutura hospitalar neutralizaria discrepâncias advindas da origem improvisada de muitos serviços de saúde ou ainda dos descaminhos de alguns deles⁽⁸⁾.

Em 1941 o primeiro Censo e Cadastro hospitalares realizados por médicos abrangeu aspectos referentes a edificações, equipamentos, administração, funcionamento, finanças e assistências. Este seria o ponto de partida de programa de assistência médico-social a ser desenvolvido diante do abandono da assistência hospitalar na época⁽⁶⁻⁸⁾.

A inspeção era feita em visita minuciosa à instituição – livros contábeis, escrituração, registro e estatística do movimento de doentes eram examinados. Exposição técnica a respeito das falhas graves, sugestões e indicação de revisão ou elaboração de processos para melhorar a organiza-

ção e administração eram feitas. O “prontuário” da instituição reunia ficha cadastral, resultado da visita, dados, publicações, exemplares de todos os impressos em branco utilizados no hospital, plantas, relatórios, fotografias, expediente, laudos de novas inspeções, etc.^(4,5).

Foram recenseados 1.234 hospitais, num total de 116.669 leitos, número correspondente, acreditava-se, à quantidade de hospitais existentes à época⁽⁶⁾.

O uso dos modelos e padrões estudados pela Associação Americana dos Hospitais e o Colégio dos Cirurgiões foi explicitado na série de documentos da DOH. A preocupação em aperfeiçoar modelos e padrões de outras realidades, criando assim um modelo nacional que atendesse às necessidades locais específicas, deveria permear todo e qualquer processo de desenvolvimento de sistemas de avaliação, em qualquer tempo^(4,5).

Da classificação ao credenciamento

A primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil havia sido prevista em lei de 1952. Tinha por objetivos: distribuir racionalmente os auxílios e subvenções governamentais, subtraindo-os à ação da política de “coronelismo” e “eleição”, bem como estimular os hospitais a melhorar sua administração, suas instalações e a assistência oferecida aos pacientes⁽²⁾. Esta lei paulista classificava os hospitais em quatro tipos: A, B, C e D, estabelecendo os requisitos necessários para cada um deles.

O hospital era o núcleo do modelo de saúde adotado. Para sua articulação em rede foi preciso inicialmente conhecer seu universo para depois alterar sua configuração. A década de 1940 constituiu período privilegiado de

contato com o modelo americano, datando desta época a intensificação da influência na educação médica e estrutura das escolas de Medicina do país. Isto explicaria, em parte, a proximidade dos padrões preconizados pelos especialistas brasileiros da época com aqueles em discussão nos Estados Unidos.

Os Institutos de Aposentadoria e Pensão de caráter nacional ofereciam benefícios heterogêneos, bem como diversidade na qualidade da assistência prestada. O provimento de serviços era feito sobretudo por meio da contratação de prestadores privados, de diferentes portes e especialidades, entre outras características. As primeiras tentativas conhecidas de classificação de hospitais pela Previdência Social foram feitas pelo Departamento de Assistência Médica do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC). Em 1959, tentou-se aplicar as propostas estudadas. Esta iniciativa considerou relação sumária de requisitos relativos ao prédio e ao equipamento hospitalar⁽²⁾.

Em 1961 o instrumento “Credenciamento de Hospitais para Convênio com o Instituto de Previdência dos Comerciantes” incluía três tópicos principais: planta física, equipamento e organização, num instrumento genérico, com tópicos amplos e vagos⁽¹⁷⁾.

O documento “Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários” de 1962 incluía aspectos do processo assistencial relacionados ao acompanhamento pré-natal e ao parto nas normas técnicas mínimas referentes às maternidades⁽¹⁷⁾. Estas normas assemelhavam-se a diretrizes clínicas, apontando, entre outros aspectos,

condutas em diferentes situações clínicas.

A preocupação do IAPC e IAPI em estabelecer padrões para que os hospitais fossem credenciados para a prestação de serviços antecedeu iniciativas de outros institutos. Lista contendo os elementos mais importantes para a prestação da assistência hospitalar incluía, surpreendentemente e pela primeira vez, a apuração da satisfação proporcionada pelos serviços prestados aos assistidos para concessão de bonificação anual⁽²⁾.

Em 1966, com a unificação dos institutos pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o aumento dos recursos disponíveis de forma centralizada contribuiu para o aumento das pressões para a ampliação da cobertura dos benefícios. Isto levou à expansão da rede de serviços, sobretudo privados, subsidiados pela própria Previdência, e fez surgir a necessidade de classificar os hospitais do país. Ao padrão assistencial oferecido corresponderiam valores monetários de contraprestação de serviços pelos hospitais particulares. O critério a ser adotado era amplo, indo além das condições técnicas, administrativas e éticas, devendo levar em conta a qualidade dos serviços de natureza hoteleira e, conseqüentemente, o preço final de seus serviços. Os padrões a serem seguidos deveriam ser compatíveis com a realidade dos serviços existentes, uma vez que muitos hospitais não pareciam ser capazes de seguir parâmetros rigorosos. Níveis crescentes de exigência poderiam excluir da assistência hospitalar boa parte da população beneficiária da Previdência Social.

Em 1968 foram estabelecidas as normas para aplicação da classificação hospitalar, destacando-se a idéia de

que a eficiência do hospital relacionava-se ao número de pontos obtidos. A pontuação incluía planta física; equipamento, utensílios e instalações; e a administração. Itens “eliminatórios” eram apontados, isto é, características que, se ausentes, impossibilitariam a classificação do hospital, como ausência de Centro Cirúrgico adequado em hospitais cirúrgicos, etc. Contemplava aspectos não apenas estruturais, como prontuários com elementos para elucidação diagnóstica e ainda revisão médica diária com relatório correspondente; além de rotinas e instruções escritas de serviços diagnósticos e terapêuticos⁽²⁾.

Os instrumentos propostos ao longo destas décadas guardavam estreita semelhança em relação aos padrões preconizados. O instrumento empregado na classificação de hospitais em 1941 constituiu a base para os demais instrumentos. Não há evidências, no entanto, da pertinência dos padrões às diferentes realidades em que foram utilizados, o que poderia justificar a manutenção de alguns padrões ao longo dos anos subsequentes.

Em janeiro de 1974, portaria do Ministério do Trabalho e Previdência Social aprovou os modelos de “Formulário de Classificação Hospitalar”, de “Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)” e de “Comprovante de Classificação Hospitalar”.

O *Manual de Classificação Hospitalar* foi apresentado como instrumento de trabalho complementar das comissões de classificação hospitalar para orientar sobre a classificação e padronizar procedimentos uniformizando assim o desempenho das atividades, tanto das instituições como dos avaliadores. O resultado esperado era o crescente aperfeiçoamento

da sistemática de classificações hospitalares e ainda a habilitação do hospital à contratação de leitos hospitalares pelo INAMPS, estabelecendo unidades de referência para o pagamento das internações. O instrumento forneceria ainda à rede contratada orientação quanto aos padrões de assistência hospitalar adotados pelo INAMPS.

A Classificação Hospitalar deveria vincular-se ao Departamento de Controle e Avaliação (nível central) e Coordenadoria de Controle e Avaliação (nível regional). Dispunha, na área de recursos humanos, de classificadores – servidores técnicos, como médicos e enfermeiros na qualidade de profissionais fundamentais, nutricionistas e/ou outros profissionais de saúde, de acordo com a especialidade do hospital e disponibilidade dos profissionais. O classificador de hospitais era servidor da instituição, que recebia treinamento específico, devendo estar isento de quaisquer vínculos com pessoas jurídicas autorizadas a prestar serviço ao Instituto e ainda, se possível, possuir curso de Organização e Administração Hospitalar.

O RECLAR era constituído por tabelas que representavam a composição dos hospitais, nos seguintes setores: Planta Física, Equipamento, Utensílios e Instalações, Organização e de Tabela Suplementar⁽¹²⁾. Além do roteiro, uso e cálculo de indicadores eram enfatizados. Para cada um dos grandes tópicos citados, as várias áreas eram avaliadas: Edificação; Circulação; Segurança e Proteção; Conforto e Higiene; Administração do Hospital; Unidade de Internação; Serviço de Documentação Científica; Unidade de Internação; Centro de Material Esterilizado; Serviço de Nutrição e Dietética; Serviços Médicos; Serviços

Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento; Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Centro de Neonatologia.

De modo geral o instrumento privilegiava aspectos estruturais, mas muitos dos itens incorporavam a idéia de avaliação de processos. A distribuição aparentemente equilibrada dos vários tópicos denotava a ênfase dedicada à estrutura física, instalações e à importância da tecnologia. A capacidade gerencial propriamente dita não era avaliada. Deve-se notar que, apesar dos indicadores empregados serem os mesmos utilizados por longo período, não houve sucesso em sua disseminação como instrumentos auxiliares da gestão.

O Serviço de Arquivo Médico e o prontuário representavam desde então relevante preocupação dos avaliadores. Legibilidade, qualidade do registro e consistência dos dados eram preconizados. A avaliação do resultado final da assistência também é valorizada. Passados quase 30 anos estes aspectos permanecem vulneráveis nos prontuários dos pacientes de diversos hospitais, muito embora a finalidade e o próprio conteúdo ideal do registro médico sejam há muito conhecidos.

Pretendia-se, mais uma vez, que a fixação do valor das diárias hospitalares passasse a ter como base a classificação do hospital. Com esta prática legitimou-se a existência de diferentes padrões de hospitais, aplicáveis segundo o contexto socioeconômico e político. Atrelar o pagamento à classificação poderia ter contribuído para a efetivação de seu uso para a avaliação de hospitais. No entanto, a finalidade da classificação foi reduzida ao credenciamento para efeito de venda de serviços ao INAMPS, predominando critérios políticos.

A RECLAR datava de 1974, porém os manuais consultados têm em sua introdução a portaria de 1982. Isto pode ter ocorrido devido ao atraso na aprovação da portaria ou por nova edição da mesma ou devido à tardia efetivação de seu uso ou ainda maior inerte neste período.

A década de 1980 foi marcada pela crise da Previdência, com escassez de recursos diante da recessão econômica, gigantismo burocrático, ineficiência da administração e dos serviços prestados, de mecanismos de controle de gasto e de qualidade. Tudo isto num contexto de reconstrução do espaço democrático, em que as reivindicações pelo direito à saúde e ao acesso a serviços ganharam corpo nas principais regiões metropolitanas do país.

Em 1981 foi elaborado o Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), com normas racionalizadoras da prestação de serviços e da alocação de recursos, além da proposta de medidas de avaliação e controle. A sustentação desta idéia era a integração das várias ações de saúde em projetos racionalizadores. Exemplo da intenção de racionalização é a implantação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), com o fim do pagamento por unidade de serviço.

Independentemente dos usos do credenciamento, a singularidade do RECLAR merece destaque. Este instrumento foi efetivamente empregado por determinado período, sendo aplicado por profissionais do INAMPS de reconhecida competência para o exercício desta função. O instrumento em si e a metodologia empregada na sua aplicação eram de conhecimento dos prestadores de assistência, muitos dos quais organizaram suas institui-

ções segundo os padrões por ele preconizados. Este Manual⁽¹²⁾ serviu de base para os instrumentos concebidos para o processo de acreditação. No entanto, poucas das pessoas hoje envolvidas com acreditação hospitalar trabalharam efetivamente com a Reclar.

Ao longo da década de 1980 a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) buscou redirecionar o modelo de atenção à saúde, iniciando a descentralização, a desconcentração e uma tentativa de integração entre as ações de saúde e assistência à doença.

Em 1986, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) iniciou-se o processo de desestruturação do INAMPS e sua conseqüente retirada da prestação de serviços. Com a transferência gradual dos hospitais próprios para a esfera estadual e ainda a redivisão de papéis entre as três esferas de governo, a estrutura do credenciamento e de ações de responsabilidade do INAMPS foi aos poucos se esvaziando. O credenciamento de prestadores de serviço, avaliação e controle passaram a ser responsabilidade da esfera estadual.

Com a Constituição de 1988 a saúde passou a ser definida como direito social universal derivado do exercício da cidadania dentro de uma perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas. Nesta nova configuração o setor saúde deixou de ter o hospital como centro do modelo assistencial. Paralelamente, com a efetivação gradual da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a crescente importância dos municípios na gestão e prestação de serviços de saúde, surge a necessidade de instrumentos gerenciais que possibilitem avaliar os serviços oferecidos, assim como os

comprados. Avaliar o hospital isoladamente não atende completamente às necessidades dos gestores municipais. A avaliação dos diferentes serviços componentes do sistema municipal de saúde poderia atender às novas necessidades. De um lado, o esvaziamento da esfera federal, de outro, o crescimento do papel do município. Neste reajuste de papéis e redistribuição de atividades, o credenciamento, tal qual havia sido concebido para os hospitais, perde sua razão de ser.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 apontava a necessidade de "controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede", além da preocupação com a melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, colocados como alicerces da construção do novo modelo assistencial. As Unidades de Controle e Avaliação, num primeiro momento, têm sua atividade voltada para o controle da produção, dentro da lógica em construção nos municípios⁽¹¹⁾. A NOB de 1996 avança na reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinindo assim a "prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade"⁽¹⁰⁾. O controle, avaliação e auditoria dos prestadores estatais e/ou privados de saúde situados no município passam a ser de responsabilidade do gestor do sistema municipal, que poderia eventualmente recorrer ao gestor estadual. A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 elaborada para promover "Módulos Assistenciais" nos municípios ou consórcios recomenda que a avaliação da

qualidade da atenção por parte dos gestores envolve tanto a implementação de indicadores objetivos com base em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados⁽¹³⁾.

O modelo de atenção vigente faz com que a preocupação com qualidade não se restrinja àquela dos serviços de saúde, já que o foco é a qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente. Isto amplia em muito o espectro da avaliação necessária aos gestores municipais.

As intensas mudanças em curso na saúde prescindiram temporariamente de instrumentos de avaliação, daí a ênfase no contexto da saúde no período anteriormente apontado. Para a construção do sistema de saúde no âmbito do município foi necessário utilizar adequadamente metodologias e instrumentos de planejamento. Sem isto não se poderia hoje falar da concretização do Sistema Único de Saúde. A consolidação da gestão plena do sistema municipal começa a tornar explícita a necessidade de metodologias de avaliação concebidas dentro do novo modelo. Isto explica, em parte, o fato de o RECLAR persistir como modelo de referência de instrumento de avaliação. Em outras palavras, até o momento não houve espaço e talvez nem mesmo necessidade de utilizar instrumentos de avaliação, já que os municípios estavam e estão enfrentando as dificuldades inerentes ao estabelecimento dos alicerces do Sistema Único de Saúde. Idealmente, *a avaliação deve acompanhar todo o processo*, mas isso não constitui prática consagrada em nossa cultura.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL – EXPERIÊNCIA DE POUCO MAIS DE UMA DÉCADA

Os vários grupos brasileiros e suas abordagens anteriores à Organização Nacional de Acreditação

Em 1989 a Organização Mundial da Saúde iniciou trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se contribuir para progressiva mudança planejada de hábitos, por meio de estímulo aos profissionais dos diferentes serviços para avaliar aspectos pontos fortes e fracos de suas instituições. Esta análise poderia servir como subsídio para o estabelecimento de metas e para o aprimoramento da qualidade da assistência. A estratégia proposta foi a da implementação total ou progressiva de uma variedade de métodos⁽¹⁵⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde realizou várias reuniões com a participação de boa parte dos países latino-americanos. Raros eram os países com sistema de acreditação ou certificação da qualidade.

Em 1991 a parceria entre a OPAS a Federação Latino-Americana de Hospitais levou ao desenvolvimento de instrumento de acreditação hospitalar que se supunha apropriado para a região. Este manual envolvia padrões ligados aos vários serviços existentes em um hospital geral: serviços de emergência, continuidade da assistência, à transferência, etc. O documento apresentava padrões de estrutura – estado de conservação das paredes, existência de determinados equipa-

mentos, recursos humanos (dimensionamento, qualificação); alguns de processos e procedimentos, e também alguns de resultados. Os padrões eram divididos em três níveis crescentes de complexidade. Estes níveis correspondem ao tipo e complexidade da assistência desejável segundo definição de especialistas ou associações profissionais. O nível 1 representa o nível mínimo de qualidade necessário. À medida que os padrões iniciais são atingidos, os passos seguintes visam o cumprimento de padrões do nível 2 e posteriormente do 3⁽¹⁾.

A avaliação final proposta é determinada pelo mínimo atingido, isto é, se um dos padrões de nível 1 não for atingido, mesmo apresentando nível dois ou três nos demais, o hospital é considerado de nível 1. Esse critério enfatiza a importância e integração das várias estruturas e processos hospitalares para que a assistência seja prestada com qualidade. Este tipo de avaliação oferece informações aos tomadores de decisão quanto às áreas mais deficitárias e que necessitam de melhorias. O instrumento pode assim ser utilizado para melhoria contínua dos serviços prestados. Esta estrutura do documento assemelha-se à de instrumentos anteriores adotados pela *Joint Commission* nos Estados Unidos, configuração esta considerada pelos especialistas como sendo mais adequada às necessidades da região.

O setor saúde no Brasil vem trabalhando com avaliação hospitalar desde a década de 1970, sem que no entanto houvesse impacto sobre a qualidade dos serviços prestados. Em 1986 o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) criou a Comissão de Avaliação Hospitalar, que se interessou sobretudo pelo trabalho da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

Organizations (JCAHO). A origem da padronização de hospitais dentro do Colégio Americano dos Cirurgiões explicaria o interesse do CBC pelo assunto, uma vez que a iniciativa americana levou ao desenvolvimento do sistema de acreditação da *Joint Commission*.

Em 1991-1992 pesquisa realizada com o apoio do Banco Mundial sobre experiências brasileiras em garantia de qualidade em saúde concluiu ser urgente a necessidade de introduzir no país um sistema independente de acreditação de hospitais⁽¹⁾.

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. A acreditação, seus objetivos, metodologia e formato foram discutidos, além do uso do instrumento, processo de avaliação e diretrizes para a decisão dos avaliadores. O amadurecimento da discussão acerca da pertinência da aplicação dos padrões desenvolvidos para hospitais americanos à realidade nacional constituiu passo importante para o fortalecimento da idéia. Estabelecer consenso em torno da metodologia e dos padrões a serem adotados representava grande desafio. Apesar disso, alguns pontos foram contemplados: o conceito de acreditação e a vinculação do processo a um organismo não-governamental sem fins lucrativos⁽¹⁾. 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 de incentivo da OPAS.

Do GTA participaram entidades representantes de prestadores de serviço, compradores, financiadores e universidades (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, PROAHS/A/Fun-

dação Getúlio Vargas), dos setores público e privado, de diferentes Estados (Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo) e representantes do Ministério da Saúde. Outros grupos envolvidos com acreditação participaram representando seus Estados: do Paraná, a Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente o Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços de Saúde; do Rio de Janeiro, o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS); do Rio Grande do Sul, o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IACHS); de São Paulo, o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH) e o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar (INBRAH). O Grupo não chegou a constituir personalidade jurídica, tampouco vinculou-se a uma única entidade, muito embora a parte executiva de sua atuação fosse realizada por representantes do PROAHS/A. Apesar da ampla composição do grupo em termos de entidades da saúde e de unidades da federação, este grupo era identificado como “de São Paulo”. Sua composição contemplava a maior diversidade de atores da saúde. Este foi o único grupo com participação de diferentes Estados. A observação dos atores envolvidos, suas diferentes procedências e papel por eles desempenhado no passado e no presente sugerem intensa troca de experiências durante seus encontros. A presença de diferentes grupos envolvidos com acreditação potencialmente aproximaria a discussão da realidade nacional, apesar da disputa política perpassar a discussão técnica.

Uma das primeiras experiências ligadas à acreditação surgiu dentro da Associação Paulista de Medicina (APM)

– um grupo estudou a avaliação de hospitais com a intenção inicial de “dar estrelas aos hospitais”, de maneira semelhante ao que ocorre nos hotéis. Posteriormente a Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde (SMPAS), vinculada à APM, sugeriu o acompanhamento do desempenho hospitalar pelo uso de indicadores como uma maneira de avaliar a qualidade da assistência. A intenção era estimular os hospitais a desenvolver programas de qualidade e não necessariamente realizar acreditação. A sistemática de avaliação não se assemelhava ao modelo da acreditação, apesar da existência de um roteiro de visitas inspirado em instrumentos de acreditação. Esta iniciativa deu origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH) no Estado de São Paulo, vinculado à Associação Paulista de Medicina e ao Conselho Regional de Medicina⁽³⁾.

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Qualidade” com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, liderada pelo coordenador deste programa. Nesta época as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas⁽⁴⁾.

A preocupação com o emprego do Gerenciamento da Qualidade na Administração Pública constava das propostas de Reforma do Estado Brasileiro. Os programas propostos vincularam-se, de alguma forma, ao Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Qualidade da prestação de serviços, avaliação de serviços, responsabilidade social, monitoramento de indicadores de resultados adversos ligados à comunidade e controle so-

cial passam a ser temas relacionados ao reconhecimento ou construção da cidadania.

Em agosto de 1994 foi criado no Rio de Janeiro o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS) com a participação da Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Em 1997, o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), com a participação da Fundação Cesgranrio, criada pelas universidades estaduais do Rio de Janeiro para avaliação do processo educacional.

Em 1995, no Rio Grande do Sul, o Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, em associação com a Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente e o SEBRAE/RS, desenvolveu um projeto de pesquisa com o propósito de determinar padrões de qualidade hospitalar⁽¹⁶⁾. O IAHCs foi legitimado via Comitê Setorial da Saúde do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade, isto é, o Programa de Acreditação passou a fazer parte integrante do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, um caminho para o *Selo de Qualidade RS*. Mais recentemente a sigla IAHCs passou a representar o Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde.

No mesmo ano, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, baseada na experiência com o programa de Controle de Infecção Hospitalar, estendeu a preocupação com qualidade à totalidade das organizações de saúde, utilizando para tanto o processo de acreditação. Em dezembro de 1996 foi criado o Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS), com participação ampla das diferentes entidades ligadas à saúde.

De modo geral, poucos dos envolvidos nestas discussões tinham experiência na área de avaliação em saúde, sobretudo hospitalar. No entanto, alguns eram especialistas da administração em saúde e hospitalar. O desconhecimento dos antecedentes da avaliação da qualidade em saúde levou alguns grupos a considerar a acreditação um modelo sem precedentes nacionais. Isto explica, em parte, a dificuldade em integrar as diferentes experiências existentes ou ainda resgatar experiências anteriormente propostas.

Em julho de 1997, o Ministério da Saúde contratou Humberto de Moraes Novaes para desenvolver a acreditação no âmbito do Ministério, na tentativa de unificar os vários esforços nacionais. A base inicial para o financiamento da acreditação seria verba específica proveniente do componente II do REFORSUS.

Em fevereiro de 1998 foi formado um grupo executivo no âmbito do Ministério da Saúde, encarregado pelo Programa Brasileiro de Acreditação, vinculado inicialmente à Secretaria da Assistência à Saúde e posteriormente à Secretaria de Políticas de Saúde. O Ministério coordenou piloto de aplicação e aprimoramento do instrumento a ser adotado pelo Programa Brasileiro. Ainda em 1998, os visitantes participantes deste piloto discutiram os resultados encontrados e elaboraram a nova versão do *Manual* de acreditação. No mesmo ano as primeiras normas técnicas de regulamentação do órgão foram discutidas, definindo assim o papel do órgão acreditador, a relação instituição acreditadora e Ministério da Saúde, o código de ética e perfil do avaliador. Estas seriam as bases para garantir a seriedade do processo de acreditação.

Da elaboração do instrumento a ser utilizado nacionalmente participaram os seguintes grupos: Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) – Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Hospitais (FBH)/Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar (INBRAH); Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCs) – Rio Grande do Sul; Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS); Programa de Controle de Qualidade Hospitalar do Estado de São Paulo (COH) Associação Paulista de Medicina / Conselho Regional de Medicina; Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) EAESP/FGV e HC-FMUSP; Programa da Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGOS) do Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

Da elaboração do manual (1998) até a constituição do órgão nacional decorreram alguns meses entrecortados por dúvidas sobre a possibilidade de implementação do modelo desenvolvido ao longo da década. O próprio Ministério da Saúde participou como co-patrocinador de eventos nos quais outras modalidades de gerenciamento da qualidade foram aventadas para a saúde. Da fundação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) participaram representantes dos compradores: Associação Brasileira de Sistemas de Saúde Próprios de Empresa (ABRASPE), CIEFAS, Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e Federação Nacional de Seguradoras (FENASEG); dos prestadores: Federação Brasileira de Hospitais (FBH), UNIMED (Confederação Nacional das Unimeds), Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) e ainda Conselho Nacional dos Secretários

Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Estas instituições integram hoje o conselho da ONA.

Em agosto de 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituído juridicamente e seu superintendente indicado pelo conselho. As instituições acreditadoras são responsáveis pela realização da acreditação propriamente dita dentro dos hospitais. À ONA cabe o desenvolvimento dos padrões a serem aplicados nacionalmente, o desenvolvimento das normas reguladoras do processo de acreditação e a supervisão do trabalho das instituições acreditadoras.

De 1999 a 2002 observou-se amadurecimento inicial do sistema de acreditação nacional. Além das instituições envolvidas desde os primórdios com acreditação, novos grupos passaram a fazer parte deste contexto. Cerca de nove hospitais foram acreditados até fim do primeiro semestre de 2002. A adequação gradativa do manual de acreditação à realidade nacional deu-se por meio da sua aplicação, do melhor conhecimento do instrumento por parte dos vários envolvidos (avaliadores/instituições acreditadoras, hospitais) e do desenvolvimento da "expertise" da própria ONA. Esta interação constante e amadurecimento da proposta inicial levaram a sucessivas modificações do instrumento original.

Os instrumentos

Os vários grupos desenvolveram instrumentos a partir do Manual da

OPAS, alterando nesta adaptação alguns dos padrões e em alguns casos a própria metodologia. Esta origem comum explica a semelhança das várias propostas. A forte influência do responsável pela divulgação da idéia na América Latina, Humberto de Moraes Novaes, e sua orientação quanto ao modelo a ser seguido também explicam as tendências comuns. O manual da ONA foi adotado por todas as instituições que se credenciaram para o processo de acreditação nacional. Dos vários grupos, apenas dois mantêm ainda instrumentos próprios – CQH e CBA.

No CQH o monitoramento de indicadores começou a ser realizado junto com o programa. Os indicadores dos vários hospitais são colocados em curva de distribuição de frequência, com definição de medida de tendência central da amostra. Os hospitais participantes recebem estas curvas na forma de relatório, em que, além da tendência central, está apontada a localização do hospital na curva em relação aos demais, identificados por códigos. A monitorização continua de indicadores tem por finalidade garantir a continuidade do programa no período entre as visitas. Em 1998 o CQH, que participou do Grupo Técnico de Acreditação adotou seu instrumento como roteiro de visita, com pequenas modificações. Mais recentemente este manual foi adaptado para incorporar os critérios preconizados pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade.

O CBA adaptou o manual da *Joint Commission International Accreditation* que apresenta padrões agrupados em funções, que envolvem aspectos relacionados à assistência propriamente dita e ao gerenciamento da instituição.

Contribuições e conseqüências destas várias iniciativas

Não houve consenso absoluto quanto ao modelo de acreditação a ser adotado. No entanto, para a criação do Programa Brasileiro de Acreditação, boa parte dos atores e, em particular, os grupos envolvidos na discussão arrastada ao longo da década, finalmente concordou em utilizar um manual único a ser seguido no país. Vários dos grupos adotaram o manual brasileiro, tornando-se assim instituições acreditadoras. Um mesmo instrumento aplicado às diferentes regiões, realidades de saúde e instituições brasileiras. Alguns aspectos prescritivos presentes no manual adotado dificultam o seguimento imediato de seus padrões de forma homogênea.

A atuação diversificada dos vários grupos estimula a participação de diferentes hospitais, seja graças ao alcance regional das acreditadoras ou ainda à origem de seus avaliadores e suas ligações profissionais. As incursões da ONA Brasil afora e ainda a disponibilização do instrumento via Ministério da Saúde permitiram disseminação rápida da idéia da acreditação.

O apelo educacional da sistemática dá margem a constantes confusões e mau uso do modelo. De um lado a discussão dos achados da avaliação no delineamento das estratégias para superação dos problemas detectados, de outro instituições acreditadoras que oferecem cursos de formação em seus contratos de trabalho. Estes cursos podem vir a ser cursos ou, ainda, associados a diferentes formas de monitoramento, dão margem à realização de consultorias. Aparente benefício para a evolução do processo de acreditação, este tipo de situação pode suscitar dúvidas quanto à observância das normas reguladoras

que proíbem a concomitância de consultoria por parte da instituição acreditadora ao longo do processo avaliatório.

O caráter voluntário tende a atrair instituições com maior comprometimento. No entanto, a não vinculação a programas de estímulo, seja por

pagamento diferenciado ou até mesmo por vantagens outras, limita a participação a um grupo de hospitais devotados à qualidade. A confidencia-

Quadro 1 – Características gerais dos grupos brasileiros

Participantes	Início	Experiência (até 1999)	Instrumento
APM/CRM-SP	89/90	91 – 100 hospitais participantes 98 – idem (não necessariamente os mesmos)	91 – base: OPAS, RECLAR e JCAHO; 120 itens 98 – base: GTA; 717 itens 00 – incorporação dos princípios do prêmio em instrumento anterior.
05 Estados: Bahia, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo Entidades representantes de prestadores (Federação Brasileira de Hospitais, UNIMED), compradores, financiadores e academia; serviço público e privado, representante do Ministério da Saúde	94 - 97	95 – piloto de aplicação do instrumento em 35 hospitais de SP 97- piloto de aplicação de duas versões do instrumento em 19 hospitais de SP	Manual da OPAS adaptado em questões fechadas, sim/não, com modificações pós pilotos
Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização	94	Teste do instrumento adaptado pelo GTA em 12 hospitais do RJ	-
Idem PACQS, e ainda Fundação Cesgranrio, parceria com a JCAHO/JCI (<i>Joint Commission International</i>)	97	98 – aplicação do instrumento da JCAHO em 07 hospitais federais do RJ	Adaptação do Manual da JCAHO pelo grupo, posteriormente adoção do Manual JCI padrões internacionais
IACHS, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, SEBRAE/RS, Núcleo de Pesquisa da Clínica Olivé Leite, Federação de Hospitais (FEHOSUL), Associação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do RS (AHGRS), Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade	95	95 – manual da OPAS aplicado em 24 hospitais 97- 2ª versão do instrumento aplicada em 30 hospitais	Manual adaptado do Manual da OPAS, utilizados padrões menos complexos; metodologia distinta – comparação com média amostral. Acreditação dentro do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade.
ABEn/PR, AMP, AP de CIH, Coren/PR, CRF/PR, CRM/PR, FH.PR, F. Misericórdias, SES/PR, SMS Curitiba, UFPR	95	96 – Manual GTA aplicado em 03 hospitais p/ treinamento avaliadores, depois 10 97 – 19 hospitais em processo de acreditação, 50 hospitais participantes	Manual do GTA inicialmente
Conselho: Co-autores (institucionais) do Manual Brasileiro: COREN/SP, CQH, IAHCs, IMS/UERJ, INBRAH, IPASS, PROAHSA/EAESP/FGV, PGAQS/MS, UCPEL/Clínica Olivé Leite,	98	97 – Manual Brasileiro aplicado em 17 hospitais	Manual Brasileiro adaptado do Manual da OPAS e das várias versões produzidas até então.

lidade do processo oferece maior segurança aos participantes, mas os limites desta confidencialidade devem ser analisados, já que fontes pagadoras e o público em geral anseiam por conhecer o resultado de avaliações desta natureza. Em outros países a confidencialidade foi quebrada em nome do interesse do público.

Apesar dos pilotos realizados com os manuais iniciais e de experiências anteriores dos diferentes grupos, a prática da avaliação via acreditação ainda é incipiente. Acreditoras, avaliadores, a própria ONA e sobretudo os hospitais estão pouco a pouco adquirindo experiência. Alguns deslizes podem ocorrer – creditoras que utilizam outros modelos de avaliação externa podem eventualmente misturar padrões e práticas num primeiro momento. Profissionais do mundo da certificação ISO ou ligados a prêmios de excelência podem ter dificuldade na separação clara de suas funções.

O Programa Brasileiro de Acreditação conseguiu reunir muitas das diferentes tendências nacionais em termos de modelos e metodologias de acreditação existentes e propiciou a discussão mais aprofundada a respeito dos possíveis caminhos da acreditação no País. A experiência acumulada pelos vários grupos contribuiu para que o manual proposto para a realidade nacional seguisse parâmetros progressivamente mais compatíveis com o estado atual da saúde nos hospitais brasileiros. Apesar de os grupos representarem em menor ou maior grau

uma ou outra força política, e de a concretização da Organização Nacional de Acreditação ser muito recente, a decisão a favor da acreditação está mudando os rumos de algumas práticas na assistência à saúde. Independente da dificuldade de seguimento dos padrões, eles começam a orientar a prática de diversos hospitais, sendo utilizados de forma crescente como instrumento de avaliação e de gestão. Sinais iniciais de mudanças ou de assimilação de práticas há muito preconizadas se fazem mostrar: conhecimento dos padrões, estímulo à formação de comissões relacionadas à avaliação e/ou melhoria da prática assistencial, formação de multiplicadores do processo de acreditação, utilização do manual de acreditação para o planejamento institucional, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Academia Nacional de Medicina. Simpósio. Acreditação de hospitais e melhoria de qualidade em saúde. Anais da Academia Nacional de Medicina; 1994; 154 (4): 185-213.
2. Associação Paulista de Hospitais. Classificação de hospitais. Revista Paulista de Hospitais. 1966; XIV(7): 6-32.
3. C.Q.H. Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar no Estado de São Paulo. Manual de Orientação aos Hospitais Participantes. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.
4. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e Evolução dos Hospitais. Rio de Janeiro (DF); 1944, v. 1.
5. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Iniciação à Moderna Organização Hospitalar. Rio de Janeiro (DF); 1944, v. 2.
6. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Conceitos Básicos e Planejamento da Moderna Assistência Hospitalar. Rio de Janeiro (DF); 1949, v. 5.
7. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Construção e Modernização da Rede Nacional de Hospitais. Rio de Janeiro (DF); 1949, v. 6. Ministério da Saúde.
8. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Aperfeiçoamento Técnico na Administração Hospitalar. Rio de Janeiro (DF); 1945, v. 4.
9. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília (DF); 1998.
10. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1996.
11. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1993.
12. Ministério da Saúde. RECLAR. Brasília (DF); 1983.
13. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS). Brasília (DF); 01/2001.
14. NORONHA JC, PEREIRA TRS. Health Care Reform and Quality Initiatives in Brazil. Journal on Quality Improvement 1998; 24 (5), 251-263.
15. NOVAES, H.M. & PAGANINI, J.M. – Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil) – Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS/94.
16. QUINTO NETO A, GASTAL FL. Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora; 1997.
17. SCHIESARI LMC. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. São Paulo, 1999 [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 25/8/2002.
Data de aprovação: 27/3/2003.