

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROSELIE CORCINI PINTO

***JOINT COMMISSION INTERNATIONAL:*
NOVO ÉTHOS HOSPITALAR E O EMPRESARIAMENTO DOS COLABORADORES**

Fonte: http://exame2.abril.com.br/assets/images/2012/10/69401/size_590_mapa_mundi.jpg?1349985031

**Porto Alegre
2015**

ROSELIE CORCINI PINTO

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL:
NOVO ÉTHOS HOSPITALAR E O EMPRESARIAMENTO DOS
COLABORADORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Henriqueta
Luce Kruse

Porto Alegre
2015

CIP - Catalogação na Publicação

Pinto, Roselie Corcini
Joint Commission International: novo éthos
hospitalar e o empresariamento dos colaboradores /
Roselie Corcini Pinto. -- 2015.
80 f.

Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Joint Commission International. 2. Acreditação
hospitalar. 3. Administração hospitalar. 4. Governo.
I. Kruse, Maria Henriqueta Luce, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ROSELIE CORSINI PINTO

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: NOVO ÉTHOS HOSPITALAR E O
EMPRESARIAMENTO DOS COLABORADORES

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Membro da banca

PPGCOL/UFRGS



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. William Wegner

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Obrigada...

Fazer da vida uma obra de arte é um processo de subjetivação no qual estamos envolvidos com a permanente invenção de nós mesmos. E se a invenção é permanente trata-se de reinvenção. Tal (re)invenção implica não nos aceitarmos como somos nem aceitarmos como é o mundo, não aceitarmos o mundo tal qual ele se apresenta de imediato para nós. Ao contrário, a invenção dou, a invenção de si mesmo, a invenção do *soi-même* implica uma reelaboração permanente da nossa relação com o outro que está no mundo [...]. Será no cuidado que dispensamos à nossa relação com esse outro – de modo a fazer dela uma relação de amizade (VEIGANETO, 2012, p.2).

É sempre muito prazeroso agradecer. A possibilidade de estar concluindo minha Dissertação se deu da relação com o outro, da reelaboração permanente da minha relação com o outro, da minha reinvenção.

Agradeço à minha querida orientadora Professora Maria Henriqueta pelo seu profissionalismo, incentivo e carinho. Sem o teu apoio e ombro eu não teria conseguido.

Aos professores Cristianne Rocha, Dora de Oliveira e Wiliam Wegner, por terem aceitado o convite para contribuir neste momento tão especial da minha formação acadêmica.

Gostaria de registrar minha gratidão aos demais professores do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS que contribuíram para minha formação de Mestre.

Aos colegas do grupo de orientação e pesquisa que foram muito importantes nessa caminhada. Franciele, Camila, Stefanie, Monalisa, Dayane, Cristiane, Carla: um pouquinho de cada momento que estivemos juntas ajudam a compor estas páginas.

A professora Mariene Jaeger Riffel, pelo carinho, ensinamentos, apoio, ajuda e preciosas considerações como banca do meu projeto de pesquisa.

Á minha irmã Maura, minha mãe Eleine e meu filho Antonio, toda a minha gratidão, admiração e amor. Obrigada pela confiança, pelo estímulo, pelos meses/anos de preocupação, por ajudarem a carregar o peso da minha história tornando minhas costas um pouco menos doloridas e minha vida muito mais colorida. Se hoje conluo mais esta etapa em minha trajetória é porque em vocês encontrei inspiração e força. Eu não existo longe de vocês.

Ao Giancarlo, meu esposo pelo amor, apoio, paciência e cuidado que dedica a nossa família nesses 20 anos de casamento.

Ao meu cunhado Alf pelo apoio, carinho, amizade, disponibilidade, generosidade e ensinamentos. Obrigada por estar presente e me confortar nos momentos que mais precisei, reforçando o quanto eu era capaz, escutando e sempre preparado para falar a palavra certa na hora certa.

Aos meus cunhados Vítor e Manu, meus amigos, irmãos e parceiros. Obrigada por tudo, sempre.

Às minhas colegas e amigas do Hospital Santa Rita. Leila, Márcia, Fernanda, Tereza, Sirlene, Raquel, Juliana e Maroca: meus agradecimentos, carinho, amizade e admiração eternos.

*Prefiro ser essa metamorfose ambulante [...].
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...].
Eu quero dizer agora o oposto do que eu disse antes.
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante.
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...].
Sobre o que eu nem sei quem sou [...].
É chato chegar a um objetivo num instante.
Eu quero viver nessa metamorfose ambulante.
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...].
Eu vou desdizer aquilo tudo que eu lhe disse antes.
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante.
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.*

(Raul Seixas)

RESUMO

PINTO, Roselie Corcini. **Joint Commission International: novo éthos hospitalar e o empresariamento dos colaboradores.** 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

A presente dissertação tem por objetivo problematizar discursos que constituem as práticas de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* mais especificamente, aquelas enunciações voltadas para a formação/educação e empresariamento dos colaboradores. Baseada nas ideias de Michel Foucault, a pesquisa desenvolve-se na operação de conceitos/ferramentas da *governamentalidade* e, como constituintes desta, do *governo* e da *subjetivação*. Como superfície de análise, foi utilizada a quinta edição do Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International*. As reflexões desenvolvidas permitem ver que os discursos da saúde, empresariais e educacionais ao articularem-se em uma grade de inteligibilidade neoliberal, operam na construção de possibilidades competitivas de formação dos colaboradores, visando a transformação do éthos hospitalar, a partir da transformação do colaborador. Portanto, há um novo éthos hospitalar formativo e homogeneizador, construído na Contemporaneidade, que impõem à *Joint Commission International* a escuta permanente dos clientes e, para estes, investimentos em sua formação profissional e em padronização de serviços e atendimentos.

Palavras-chave: Joint Commission International. Acreditação hospitalar. Administração hospitalar. Governo.

ABSTRACT

PINTO, Roselie Corcini. **Joint Commission International: new hospital ethos and entrepreneurship of employees.** 2015. 80 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

This work aims to debate the discourses that constitute the practices of Hospital Accreditation of the Joint Commission International; more specifically, those enunciations directed to the training/education and entrepreneurship of employees. Based on Michel Foucault's ideas, the research develops operating concepts/tools of governmentality and, as constituents thereof, of the government and subjectivation. As surface to be analysed was used the fifth edition of Hospital Accreditation Standards Manual of the Joint Commission International. The developed analyses allow us to see that the discourses of health, business and education are articulated in a neoliberal intelligibility grid and operate in building competitive opportunities for employee training, aiming at the transformation of the hospital ethos from the transformation of the employee on a businessman himself. So there is a new hospital ethos, training and homogenizing, built in contemporary times, which impose to the Joint Commission International permanent listening to customers, and for them, investments in their training and standardization of services and attendances.

Keywords: Joint Commission International. Hospital accreditation. Hospital administration. Government.

RESUMEN

PINTO, Roselie Corcini. **Joint Commission International: nuevo éthos del hospital y emprendimiento de los empleados.** 2015. 80 f. Tesina (Maestría em Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Esta tesis pretende problematizar los discursos que constituyen las prácticas del Hospital de acreditación de la Joint Commission International, más concretamente, esas declaraciones dirigidas a la formación / educación y el espíritu empresarial de los empleados. Sobre la base de las ideas de Michel Foucault, la investigación se desarrolla los conceptos de operaciones / herramientas gubernamentalidad y como componentes de los mismos, del governmento y subjetividad. Como análisis de superficie, se utilizó la quinta edición del Manual de Normas de acreditación de hospitales de la Joint Commission International. Las reflexiones desarrolladas nos permiten ver que los discursos de la salud, los negocios y la educación para articular en una cuadrícula inteligibilidad neoliberal, trabajamos en la construcción de oportunidades competitivas para la capacitación del personal, orientadas a la transformación de la ética del hospital, de la transformación del empleado. Así que hay un nuevo hospital éthos y la formación homogeneizador, construida en el contemporáneo, que practican la escucha permanente de la Comisión Conjunta Internacional a los clientes y, por estas inversiones en su formación y estandarización de servicios y comodidades.

Palabras-clave: Joint Commission International. Acreditación de hospitales. Administración hospitalaria. Gobierno.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	O Preço de Acreditar	46
Figura 2:	A Gestão da Qualidade e Segurança pela Acreditação Internacional	56
Quadro 1:	Seções do Manual de Padrões, 5 ^a edição.....	47
Quadro 2:	Coluna Dorsal do Manual de Acreditação da JCI	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACC	Acesso e Continuidade dos Cuidados
ANC	Academia Nacional de Medicina
AOP	Avaliação dos Pacientes
APR	Exigências para Participação na Acreditação
ASC	Anestesia e Cuidados Cirúrgicos
CAC	<i>American College of Surgeons</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CEPESC	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
COP	Cuidados aos Pacientes
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FMS	Gerenciamento e Segurança das Instalações
GEPI	Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão
GLD	Governo, Liderança e Direção
HPR	Programas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
IAC	Acreditadoras Credenciadas
IPSG	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MBA	Manual Brasileiro de Acreditação
MBAH	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Excluído: <objeto>

MMU	Gerenciamento e Uso de Medicamentos
MOI	Gestão de Informações
MPE	Educação do Profissional Médico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PCI	Prevenção e Controle de Infecções
PFE	Educação de Pacientes e Familiares
PFR	Direito do Paciente e Familiares
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PPH	Programa de Padronização de Hospitais
QPS	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SQE	Educação e Qualificação de Profissionais
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1	DAS RAZÕES DA PESQUISA E DA ESCOLHA DO MATERIAL.....	15
2	SUPERFÍCIE DE ANÁLISE E CONTORNOS METODOLÓGICOS.....	24
2.1	FLASHES DA HISTÓRIA DA JCI	24
2.2	CONTORNOS METODOLÓGICOS	42
3	FORMAÇÃO PROFISSIONAL: um éthos hospitalar contemporâneo	55
3.1	UM NOVO ÉTHOS HOSPITALAR	56
3.2	O COLABORADOR COMO EMPRESÁRIO DE SI	64
4	CONCLUSÕES	73
5	REFERÊNCIAS	76

1 DAS RAZÕES DA PESQUISA E DA ESCOLHA DO MATERIAL

A representação em geral se divide em duas direções que diferem por natureza, em duas puras presenças que não se deixam representar: a da percepção que nos coloca de súbito na matéria; a da memória, que nos coloca de súbito no espírito. Que as duas linhas se encontrem e se misturem ainda uma vez não é a questão. Essa mistura é nossa própria experiência [...] Mas todos os nossos falsos problemas vêm de não sabermos ultrapassar a experiência em direção às condições de experiência, em direção as articulações do real, e reencontramos o que difere por natureza nos mistos que nos são dados e dos quais vivemos (DELEUZE, 1999, p.18).

Ao longo de meus 15anos de experiência profissional na área da enfermagem dentro de uma instituição hospitalar, tive a oportunidade de acompanhar, a partir de diferentes cargos que já exerci, fases distintas da implantação da Norma de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI). Em cada cargo que ocupei, e em cada fase de implantação da Norma, exigências distintas eram feitas a nós, *colaboradores*¹. Muitos foram os cursos, as palestras, as orientações que recebi para que, aquilo que estava previsto tanto na Norma de Acreditação da JCI quanto no plano de desenvolvimento institucional pudesse acontecer. Muitas vezes, em meio a resistências, nós, os *colaboradores*, éramos conduzidos a nos curvamos aos ganhos obtidos tanto no atendimento aos usuários de nossos serviços quanto na economia que fazíamos a partir da *otimização* dos serviços prestados. Aos poucos, as resistências às mudanças nos modos de fazer nosso trabalho, bem como de entendermos os serviços prestados, foram sendo minimizadas² e fortalecidos os efeitos das novas práticas. Hoje ocupando um cargo de gestão no mesmo hospital entendo que, para além de um juízo de valor neste momento, todos os investimentos tendem a modificar a cultura hospitalar.

¹ Embora eu saiba e conheça as discussões sobre as formas de nomear aqueles que trabalham no ambiente hospitalar, ao usar o termo “colaborador” estou me referindo a como o hospital onde atuo nomina seus funcionários. Neste momento, não tomo distanciamento para narrar minha experiência como o faço em outros capítulos do trabalho.

² Importante marcar que as resistências às novas regras hospitalares ainda existem, porém já não são tão intensas como no início do processo de implantação da norma. Provavelmente, por ser uma instituição privada, os funcionários/colaboradores também não tenham a mesma organização para reivindicar mudanças nas formas de gerenciar e conduzir o hospital, como por exemplo, o fazem em instituições públicas. Também porque muitos daqueles que resistiram à implantação hoje estejam convencidos (por meio das inúmeras capacitações/formações ofertadas pelo hospital) de sua produtividade na instituição. Por fim, também gostaria de marcar que não irei me deter, nesta dissertação, a analisar a instituição onde trabalho, mas ela é o ponto de partida para justificar a escolha que fiz do material de pesquisa, qual seja, as normas de gestão e acreditação da JCI. Foi a partir de minha experiência profissional que tomei contato com a JCI e que passei a perceber que não se trata de investimentos de um único hospital, mas de 28 instituições hospitalares brasileiras. Creio que tal número e as inúmeras pesquisas que cito ao longo do trabalho, são razões suficientes para que sejam feitas novas investigações que tomem a JCI e seus efeitos nos contextos hospitalares como objeto de análise.

A compreensão sobre tal mudança se deu no cruzamento de minha experiência profissional com as leituras que passei a fazer no mestrado em enfermagem. Nele, passei a integrar um grupo de investigação, coordenado pela minha orientadora, professora Maria Henriqueta Luce Kruse, que problematiza as práticas que estão naturalizadas no cotidiano, ou seja, práticas que, pelo seu caráter de obviedade, parecem estar acima daquilo que pode ser problematizado. No grupo, fui desafiada a pensar de outros modos tais práticas, refletindo sobre a expressão "cultura hospitalar". Aprendi que era possível usar o referencial foucaultiano ou um referencial pós-metafísico, para problematizar os discursos que conduziam as condutas na área da saúde, tensionando as práticas que lá existiam. Hoje entendo que o distanciamento que tomo de meu cotidiano para poder pensá-lo e problematizá-lo, é fundamental para contribuir de outras formas tanto com as discussões no campo da saúde quanto com meu próprio trabalho.

Inspirada em Veyne (2011), tento fazer o exercício de sair do aquário onde me encontro, para focar aquilo que o constitui e que faz nos movimentarmos dentro dele. A metáfora do aquário parece ser bastante útil, pois propõe que, para questionar o que vivemos e estranhar nossas práticas, é preciso sair do aquário em que estamos imersos. Apesar da dificuldade de sair do aquário, pois, ainda como coloca o autor, nem sempre nos damos conta que nos encontramos mergulhados nele, faço um esforço para analisá-lo desde o fora. A dificuldade de sair do aquário para pensá-lo dificultou a definição de meu objeto de estudo, porque a imersão que tenho no ambiente hospitalar e seus discursos, atualmente bastante empresariais e financeiros, dificulta o exercício da crítica.

Entendo por crítica, inspirada em Foucault (2006, p. 180), algo que “consiste em desentocar o pensamento e em ensaiar a mudança; mostrar que as coisas não são tão evidentes quanto se crê, fazer de forma que isso que se aceita como vigente em si não o seja mais em si”. Ao entender que fazer a crítica é ensaiar a mudança, bem como consiste em “um empreendimento de saber como e até que ponto seria possível pensar de outro modo” (LOPES, FABRIS, 2013, p.13), consegui limpar meu campo de ações e focar minha atenção na norma de Acreditação da JCI.

Ao analisar o percurso que fiz me dei conta do quanto caminhei para me apropriar de referenciais teóricos que não possuía, para me despir das verdades que defendia. No mestrado, fui instigada a trabalhar com autores de base pós-metafísica ou pós-estruturalista³. Aliás,

³ Trato aqui *pós-metafísica* e *pós-estruturalismo*, como também poderia tratar *pós-modernismo*, como sinônimos, embora reconheça que na literatura eles sejam distintos. Não interessa para mim, nesse momento, entrar nas discussões que os diferenciam. Os tomo de forma mais alargada porque quero marcar tão somente reflexões que

quando fiz a seleção para o mestrado em enfermagem busquei pela professora Maria Henriqueta devido ao enfoque que ela dava para as investigações que realizava e que orientava. Para mim, ela e seu grupo de pesquisa, Grupo de Estudos Culturais na Educação, Saúde e Enfermagem, ofereciam novos óculos para se olhar para a enfermagem. Quero dizer, no meu entender que ela oferecia uma forma diferenciada para problematizar práticas vividas no contexto da enfermagem, ou seja, práticas que guardam relações de imanência entre discursos econômicos, financeiros, educacionais, culturais e de saúde. Eu buscava algo diferente daquilo que fazia no hospital. Assim, mobilizada pelas minhas inquietações iniciais advindas da prática profissional, empreendi esforços para conhecer o que o grupo de pesquisa de Maria Henriqueta já havia produzido.

Ao tomar contato com as pesquisas produzidas pelo Grupo, a primeira coisa que me chamou a atenção foi o tipo de materiais analisados. Para quem vem da enfermagem com uma formação fortemente clínica, atuando em hospital que imprime nos gestores um perfil empresarial é, em um primeiro momento, estranho analisar o câncer a partir de discursos hollywoodianos sobre o adoecer e o morrer, como o que foi feito por Niemayer (2010), em sua dissertação de mestrado. Igualmente estranho para mim era a pesquisa de Cordeiro (2013), que focava discursos da mídia sobre a morte ou o de Ribeiro (2012), de revistas femininas sobre as lições que essas davam sobre o corpo. Confesso que na lista de leituras que tinha para fazer, essas não foram as primeiras leituras realizadas. Dei preferência para aquelas dissertações que abordavam temas tais como: dispositivos disciplinares da enfermagem (CICOLELLA, 2014), a invenção dos cuidados paliativos (SILVA, 2010), a residência multiprofissional em saúde (DALLEGRAVE, 2008).

Ao ler as pesquisas que foram anunciadas acima, dei-me conta de algo talvez óbvio para muitos, que a enfermagem é um campo discursivo onde circulam determinadas práticas. Cada prática pode mostrar o que circula na superfície. Isso significa um campo por onde circulam enunciados de distintos campos que constituem verdades sobre a vida, a morte, o corpo, a doação de órgãos, a saúde, a própria enfermagem etc. Fischer (2001) ajudou-me a entender o conceito de *discurso* utilizado por Michel Foucault, e como é possível analisar materiais que não são objeto de trabalho da enfermagem, como, por exemplo, revistas, filmes, entre outros artefatos. Nas palavras da autora:

viram as costas para as grandes verdades ou para as metanarrativas. Nas palavras de Veiga-Neto (1995, p. 12): “O que pretendo é, apenas, trazer um cenário mais amplo no qual estão apenas se estabelecendo análises que visam descrever e entender o mundo (principalmente social), sem apelar para as metanarrativas iluministas que têm guiado nosso pensamento e nossas ações”. Portanto, não quero entrar aqui no detalhamento se os termos mencionados acima são ou não sinônimos ou se o prefixo *pós* é adequado para demarcar outro tipo de análise de caráter mais desconstrucionista. Não ignoro essas discussões, mas minhas intenções são mais modestas.

Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos. Por exemplo: analisar textos oficiais sobre educação infantil, nessa perspectiva, significará antes de tudo tentar escapar da fácil interpretação daquilo que estaria ‘por trás’ dos documentos procurando explorar ao máximo os materiais, na medida em que eles são uma produção histórica, política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva das práticas (FISCHER, 2001, p. 199).

Todas as práticas analisadas nos trabalhos do grupo mostram, de distintas formas, como se constituem saberes que circulam na enfermagem e que a definem. A linguagem que constitui os materiais deve ser analisada no contexto em que é enunciada. Portanto, entendi que tudo está na superfície do que está sendo analisado, que a linguagem constitui nossos objetos de análise e as verdades que neles circulam. Ao perceber isso, senti como se tivesse realizado uma descoberta. Passei a entender a enfermagem de uma forma mais ampla, e as pesquisas realizadas no grupo como possibilidades de inscrever a enfermagem na vida daqueles que a fazem e daqueles que dela usufruem. A noção de *invenção*, tantas vezes lida por mim em textos produzidos no campo dos estudos foucaultianos e culturais, passava a fazer mais sentido.

Embora o grupo fizesse contribuições significativas quanto às formas de abordar o tema da Acreditação, observei que nas pesquisas até então realizadas, não havia uma que se ligasse com a pesquisa que eu desejava realizar ou que eu estava desenhando. Então, investi na busca, por sistemas eletrônicos de pesquisa, de investigações que pudessem me mostrar pesquisas sobre as normas de Acreditação da JCI.

Na busca por descritores como *normas de acreditação*, *normas JCI* e *acreditação hospitalar* que fiz na base de dados do *Google* acadêmico e no Portal de Periódicos Capes, percebi que há inúmeras produções. Em uma busca inicial encontrei cerca de 15.400 entradas sobre Acreditação pela JCI. Em uma nova busca, cruzando com o descritor *formação profissional* apareceu um total de 7.890 entradas. Sem dúvida, se trata de um tema bastante estudado. Refinando ainda mais a busca, procurei pelo descritor *Manual JCI*. Não foram encontradas pesquisas que o tomassem como superfície analítica. De todo o levantamento⁴

⁴ Os temas recorrentes nos trabalhos que apareceram na pesquisa são: o impacto da acreditação nas instituições hospitalares; a acreditação utilizada como ferramenta ou política para organização dos sistemas; estratégias e novos avanços para minimizar o erro; qualificação da equipe multiprofissional em instituições acreditadas em nível de excelência; desempenho hospitalar; gestão da qualidade; a construção de indicadores; a atuação dos enfermeiros no processo de acreditação; segurança dos pacientes através da correta identificação dos mesmos; identidade organizacional; acreditação como determinação do padrão de qualidade; impacto das práticas da acreditação no desempenho hospitalar; gestão de equipamentos médicos como fonte de vantagem competitiva;

feito, embora tenha me espantado com o número de escritos (teses, dissertações, artigos, propagandas, etc.) que, de alguma forma traziam as normas de Acreditação, não encontrei trabalhos que analisassem o *manual da JCI*. Observei que os trabalhos que abordavam a formação dos funcionários ou colaboradores o faziam apontando boas práticas ou a minimização do risco de erro hospitalar.

Para apresentar as dissertações e teses que resultaram de minha pesquisa, escolhi algumas que contribuíram com a problematização e definição de meu recorte analítico.

A tese defendida por Fortes na Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2013, intitulada *Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde*, muito contribuiu para que eu pudesse conhecer a trajetória de Acreditação no Brasil. Trajetória iniciada em 1990 e analisada pela autora até o ano de 2010. Também foi muito útil para que eu entendesse a Norma de Acreditação como uma política de saúde. A pesquisadora faz uma discussão no referencial teórico dos estudos foucaultianos, tornando mais claros para mim, conceitos de saber e poder em Michel Foucault.

A pesquisa de Silva (2009), intitulada *Reorientação do gerenciamento de risco hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia* mostrou como a acreditação vem contribuir para a gerência do risco hospitalar. Abordou o tema de forma sistêmica e não por soluções de problemas institucionais ou pontuais. A autora empreende uma rica revisão de literatura sobre a gestão do risco hospitalar, com duplo objetivo: contribuir com a ampliação da abrangência das ações desenvolvidas na gestão do risco no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e fornecer elementos para a construção de ações para a redução dos riscos. O trabalho possibilitou pensar investimentos que tenho observado na instituição onde atuo como enfermeira, na formação dos colaboradores. Ao dar-me conta que o investimento na formação dos funcionários pode minimizar riscos hospitalares, além de qualificar os serviços prestados à comunidade, passo a interessar-me, ainda mais, por tal atravessamento.

A dissertação intitulada *Uma revisão da Acreditação Hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira* (RODRIGUES, 2004), possibilitou que eu fortalecesse meu desejo de investigar a formação dos colaboradores. A pesquisadora buscou identificar as características do método de avaliação, além de apresentar as experiências de alguns países se detendo na experiência brasileira no uso da Norma. Questiona a inexistência

acreditação como ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde; a enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho; gestão da mudança na saúde através da acreditação; a gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais.

de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da estrutura organizacional e a satisfação dos usuários. Conforme a autora, “a bibliografia consultada demonstra que a adoção desse método de avaliação sistêmica induz a um ciclo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, humanizando assistência e atenção prestadas à população” (2004, p. 6). Embora esse estudo não se vincule diretamente com o que realizei, ele, somado a aquele realizado por Silva (2009) e Fortes (2013), chamaram minha atenção para os processos educacionais de formação dos funcionários e me estimularam no sentido de entender melhor este movimento voltado para a criação de uma nova concepção hospitalar.

A dissertação de Freire (2011), intitulada *Gestão de equipamentos médicos como fonte de vantagem competitiva: o papel das práticas de qualidade num hospital de excelência* impactou-me pela linguagem empresarial com que trata a saúde. Foi muito importante tê-la lido para que eu percebesse o quanto estou mergulhada no aquário dos discursos empresariais. O autor parte da gestão de equipamentos médicos como fonte competitiva e aborda as boas práticas de gestão de equipamentos, adotadas em hospitais de excelência, para defender a competitividade na melhoria da qualidade dos serviços. A presença do discurso empresarial sustentando a competitividade é recorrente nas práticas de hospitais acreditados pela JCI. Ao perceber isso, entendi minha dificuldade em criticar tais práticas. Pude entender melhor todas as discussões que vinha fazendo nas disciplinas do mestrado e nas reuniões dos grupos de pesquisa que participei, sobre a racionalidade neoliberal colocada na saúde. Talvez por ser uma dissertação da área da administração, onde a linguagem não é a mesma utilizada na enfermagem, consegui contrastar discursos empresariais com os discursos sociais e de saúde.

Por fim, trago a pesquisa de Manzo (2013) intitulada *Assistência multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatais acreditadas em nível de excelência*. A pesquisadora utilizou o referencial foucaultiano para construir sua tese e problematizar estratégias da alta administração hospitalar. Com ela, consegui perceber a produtividade do referencial que eu também escolherei para trabalhar.

A partir das investidas que fiz na busca de estudos sobre o tema a que me dedico, bem como as leituras e discussões que passei a fazer no mestrado em enfermagem, percebi que não é tarefa fácil trabalhar com os campos teóricos dos estudos foucaultianos e dos Estudos Culturais, especialmente com a articulação desses dois campos na área da saúde. Como se isso não bastasse, para abordar o tema da formação dos colaboradores no Manual de Acreditação da JCI, necessitava adentrar a área da educação para conhecer os discursos daqueles que entendem de formação. Isso exigiu que fosse buscar ferramentas teórico-metodológicas no campo da educação para fazê-las “conversar” com a saúde, mais

especificamente com a enfermagem. Tal entrada na educação exigiu a realização de leituras para entender a formação profissional, pois não teria como compreender os investimentos na formação dos funcionários sem me apropriar, minimamente, das discussões feitas pelos pesquisadores da educação.

Durante um semestre que participei do Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão (GEPI), localizado no Programa de Pós-Graduação em Educação, da Unisinos, em São Leopoldo, li e discuti as aulas dos cursos *Segurança, Território e População* e *Nascimento da Biopolítica*, ambos ministrados por Michel Foucault, no Collège de France, nos anos de 1978 e 1979. Embora as leituras não fossem do campo da educação, a forma com que discutiam e as traziam para pensar as questões da educação me possibilitaram entender como a educação se torna parte da engrenagem de produção de novas formas de vida. Percebi que os discursos educacionais são fundamentais e estratégicos, já que possibilitam implantar novas práticas de convencimento dos sujeitos implicados nos diferentes processos de trabalho.

Enquanto circulava no GEPI conheci a pesquisa de doutorado de Silva (2011). Ao focar discursos educacionais e empresariais presentes em um encarte do jornal *Zero Hora*, destinado a jovens que se preparam para a entrada na universidade, o pesquisador faz discussões interessantes e muito úteis para o meu trabalho. O pesquisador destacou a forte presença dos discursos empresariais no campo da educação. Ao usar a noção de *empresariamento de si*, mostra as práticas que conduzem futuros universitários a pensarem suas carreiras como investimentos empresariais em si mesmos. Tal reflexão interpelou-me, pois guarda, muitas semelhanças com o que vejo circular no hospital onde atuo e nas orientações do Manual de Acreditação da JCI.

A incursão que fiz na educação, além de conhecer Silva (2011), também conheci as pesquisas de Noguera-Ramirez (2011), Gadelha (2013), entre outros que me permitiram aprofundar meus conhecimentos sobre a noção de *empresariamento de si*.

Enquanto estava participando das reuniões do GEPI, também me mantinha no Grupo de Pesquisa de minha orientadora, na UFRGS. As discussões nos dois grupos convergiam, embora com enfoques distintos. Nos grupos, observava formas de interrogar as práticas e extrair delas as recorrências enunciativas que circulavam nos diferentes materiais trazidos como exemplos. Também observava como a enfermagem e a educação tomavam para si as ferramentas teórico-metodológicas usadas no campo dos estudos foucaultianos. Tais exercícios me possibilitaram conhecer, como a educação se movimenta, o que ela interroga e como o faz. A participação em grupos de pesquisa e disciplinas na educação fez com que eu entendesse um pouco melhor a área percebendo-a como um campo discursivo. Assim,

compreendi o quanto as práticas educacionais podem operar como uma estratégia na mudança de *habitus*⁵ individuais e institucionais.

Ao dar-me conta da potência dos discursos educacionais relacionados aos discursos empresariais no campo da saúde, bem como ao perceber que todos estão de forma imanente presentes nas práticas articuladas pela Norma de Acreditação da JCI, consegui demarcar os primeiros contornos de minha investigação. Refiro-me aos três discursos que fortemente circulam nas práticas de Acreditação da JCI: o empresarial, o da saúde e o da educação. Enfim, após investimentos em leituras que estarão explicitadas ao longo da dissertação, em inúmeras entradas, extrações e reagrupamentos de excertos do material de pesquisa e movida pela ideia de Michel Foucault, busco nesta dissertação de Mestrado problematizar discursos que constituem as práticas de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* (JCI) mais especificamente, aquelas enunciações voltadas para a formação/educação e empresariamento dos colaboradores. Para tanto, parto do entendimento de que no profissional que atua nas instituições hospitalares se conjugam atravessamentos que exigem dele uma outra forma de se relacionar consigo mesmo, com os outros e com o próprio método de gestão de qualidade da JCI no contexto hospitalar.

Sendo assim, iniciei a investigação que originou a presente dissertação a partir da formulação de questões bastante amplas, mas que me conduziram inicialmente no campo da pesquisa: *Como são prescritas as práticas de formação/educação dos colaboradores na Norma da JCI? Que novas exigências para as instituições hospitalares se materializam diante das configurações atuais da JCI?*

Para buscar respostas para a pergunta central de pesquisa, elaborei perguntas “menores” que serviram de orientadoras no caminho de construção da investigação. São elas:

Qual é a história da JCI? Quando a educação, por meio da formação dos colaboradores, passou a integrar as Normas de Acreditação da JCI? Como a Norma de Acreditação da JCI tem contribuído com a formação de uma nova cultura hospitalar?

As inúmeras entradas que fiz no material de pesquisa, fez com que eu percebesse que criar outra concepção de saúde e de assistência hospitalar é fundamental para implantar as regras estabelecidas pela Norma de Acreditação da JCI. Tal concepção implicaria mudar a

⁵ Por *habitus*, conceito tomado de Bourdieu (1967), entendo conjuntos de características que estruturam a vida dos grupos sociais e que conferem aos indivíduos traços de pertinência ou não a determinados grupos. Portanto, o *habitus* é determinado por atravessamentos que constituem a cultura de um grupo e que determinam formas de ser e de se comportar no grupo. Enfim, é a produção social e cultural das posições sujeito e das formas de comportamento, que cada indivíduo ocupa no social.

cultura hospitalar, isto é, alterar a formação daqueles que atuam no hospital, pois depende deles a excelência/qualidade nos serviços prestados.

Nesta investigação, proponho exercitar o que Veiga-Neto (2007) denomina de hipercrítica. A hipercrítica entendida aqui como sendo a crítica da crítica, pronta para se voltar contra si mesma e para perguntar sobre as condições de possibilidade de sua existência e sobre sua própria racionalidade. Ou seja, utilizarei a crítica como um exercício de reflexão e de suspeita sobre as práticas e transformações que elas sofrem a partir das ações de uns sobre os outros. Nesse sentido, para entender como se constitui o sujeito/funcionário, colaborador, empregado que trabalha nas instituições hospitalares, tornou-se necessário buscar as práticas discursivas que colocam em movimento verdades. Estas mobilizam os sujeitos que estão na posição de profissionais da saúde a serem e a se relacionarem com o outro, consigo mesmo e com a profissão que possuem. Portanto, ao focar as práticas, temos acesso às formas de operação dos discursos e às recorrências enunciativas observáveis no interior das práticas, aos regimes de verdade por elas instituídos.

Nas práticas destacadas ao longo desta pesquisa será possível observar políticas constituidoras da Norma Internacional de Acreditação, políticas educacionais sobre a formação de profissionais que atuam dentro dos hospitais, ações de gestores do campo da Educação através da formação de profissionais, bem como ações dos profissionais que atuam no hospital sobre si mesmos. Também, é possível observar a presença forte do Estado na disseminação do conceito de qualidade através dos discursos gerenciais da Norma de Acreditação Hospitalar. Disseminação esta que conta com os gestores hospitalares para implementação do processo de Acreditação através da formação de ativos subjetivados pelas práticas internacionais para poderem atingir, educar e conduzir um número maior de indivíduos. Embora pareça óbvia para muitos interessados na temática do processo educativo da Acreditação Hospitalar a relação entre Estado/Educação e, mais especificamente, a formação de profissionais, quero marcar, a partir da análise do *Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar da Joint Commission International*, como estes foram, aos poucos, assumindo para si mesmos, práticas de Estado. Assim, quero mostrar como os profissionais assumem para si e se tornam agentes de mobilização de verdades assumidas pelo Estado. Para tanto, o uso da ferramenta de análise da *governamentalidade* se tornou fundamental. Para operar com tal conceito, foi necessário trabalhar com dois outros conceitos que compõem a própria noção de *governamentalidade*, ou seja, o *governo* e a *subjetivação*.

2 SUPERFÍCIE DE ANÁLISE E OS CONTORNOS METODOLÓGICOS

Após explicar como a Norma de Acreditação da *Joint Commission International* acabou se constituindo como material de investigação, passo agora a apresentá-la. Meu objetivo é dar a conhecer o material de pesquisa para que seja possível traçar análises que me possibilitem responder a questão central dessa pesquisa. Com o intuito de traçar o caminho investigativo, fui fazendo perguntas que me orientaram na trilha que abri para caminhar. Entre as perguntas que fiz e que, no capítulo anterior, nomeei de perguntas menores, estão: *Qual é a história da JCI? Quando a educação, por meio da formação dos colaboradores, passou a integrar as normas de acreditação da JCI?* A pergunta pela história será respondida neste capítulo e a pergunta sobre a educação será em parte respondida aqui e em parte respondida no capítulo onde concentro minhas análises.

O objetivo deste capítulo, portanto, é apresentar e contar a história da JCI visando mostrar como tal história traz, em sua emergência, uma racionalidade neoliberal. Tal racionalidade imprime nos discursos que constituem o documento, diretrizes para que práticas hospitalares mais competitivas sejam instituídas e assumidas nas instituições por aqueles que passaram a ser considerados *colaboradores*. Assim, não conto uma história desinteressada, mas aquela que me possibilitou ver a tese que defendo nesta dissertação: *os discursos da saúde, empresariais e educacionais, ao articularem-se em uma grade de inteligibilidade neoliberal, operam na construção de possibilidades competitivas de formação dos colaboradores, visando a transformação do ethos hospitalar a partir da transformação do colaborador em um empresário de si mesmo.*

Feito os primeiros contornos que anunciam a forma que contarei a história da JCI passo então, ao primeiro subtítulo.

2.1 FLASHES DA HISTÓRIA DA JCI

Apresentar mais uma vez a história da JCI com certeza é algo bastante repetitivo, pois autores tais como (FORTES, 2013) em sua Tese de doutorado “Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde”; Quinto Neto (2000) com o livro “Processo da Acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde”; Quinto Neto e Gastal (1997) com o livro “Acreditação Hospitalar: Proteção aos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde”; Antunes (2002) com sua dissertação de mestrado sobre “Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações

prestadoras de serviços hospitalares da ONA: um estudo de caso em um hospital de grande porte” e Alástico (2013) com sua tese de doutorado “Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar”, entre outros, assim já o fizeram. Porém, acredito que, ao contar novamente a história, posso trazer elementos que fazem a diferença na interpretação dos acontecimentos. Dito de outra forma, posso, durante o exercício de contá-la novamente, acrescentar interpretações diferentes às práticas que constituem a JCI. Assim, pretendo dar visibilidade a acontecimentos que, no decorrer da história da JCI, marcaram a necessidade de investimento continuado na formação dos colaboradores que atuam nas instituições hospitalares. Este é para mim o tom que diferencia meu trabalho dos demais citados anteriormente.

Conforme Lyotard (1998), os conhecimentos, ao invés de serem difundidos em virtude do valor formativo que possuem, hoje são colocados em circulação em redes de relações devido ao valor de mercado/moeda que possuem. Nas palavras do autor:

[...] pode-se imaginar que os conhecimentos sejam postos em circulação segundo as mesmas redes da moeda, e que a clivagem pertinente a seu respeito deixa de ser saber/ignorância para se tornar, como no caso da moeda, ‘conhecimentos de pagamento/ conhecimentos de investimento’, ou seja, conhecimentos trocados no quadro da manutenção da vida cotidiana (reconstituição da força de trabalho, ‘sobrevivência’) versus créditos de conhecimentos com vistas a otimizar as performances de um programa (LYOTARD, 1998, p. 7).

Segundo discursos da JCI, dominar o conteúdo cunhado pela agência acreditadora para a gestão hospitalar é parte do conhecimento que imprimiria em quem o possui, um diferencial que agregaria valor⁶ ao profissional e à instituição que a utiliza e a divulga. Mais valor agregado teria aquele profissional que tivesse incorporado, em seu comportamento, as orientações implícitas nas Normas de Acreditação.

A saúde, cada vez mais globalizada, está sendo regulada por normas que padronizam sistemas de atendimento e práticas hospitalares de acordo com padrões internacionais de qualidade. Com o propósito de alcançar tais padrões, bem como de garantir espaço em um mercado competitivo, percebe-se a crescente utilização da ferramenta de gestão da

⁶ Dentro de um discurso neoliberal agregar valor pode ser entendido como acrescentar inovações, diferenciá-los daquilo que é colocado no mercado, de modo a satisfazer seu cliente. Agregar valor seria um desafio para os donos de empresas que buscam manter seu negócio mais atraente ao longo do tempo. O valor agregado é perceptível quando, na visão do cliente, além da qualidade, da inovação, do preço acessível, o produto atende às suas necessidades, que o torna diferenciado e, portanto, ganha sua preferência na hora da compra.

Acreditação Hospitalar oferecida pela *Joint Commission International*. Trata-se de uma norma que nem sempre esteve aí, embora hoje sua presença pareça naturalizada nos hospitais. A Norma de Acreditação da JCI foi criada por uma organização norte-americana não governamental e sem fins lucrativos, formada por uma equipe multiprofissional contendo médicos, enfermeiros, psicólogos e administradores, entre outros, que realizam o processo de Acreditação desde 1953. Trata-se da principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, presente hoje em mais de 100 países. Esta agência foi pioneira na concessão de certificações da Qualidade no setor da saúde e busca desenvolver padrões de qualidade em serviços de saúde e avaliar instituições quanto a suas adequações a estes padrões (JOINT COMMISSION, 2015).

A JCI apresenta como sua missão promover a melhoria contínua da segurança e da qualidade de cuidados na comunidade internacional por meio de oportunidades de educação, publicação, consultas e serviços de avaliação (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Segundo Schiesari (1999), o Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento que avalia periodicamente os recursos institucionais, de forma voluntária e ordenadora e através da educação dos profissionais, visa garantir a qualidade assistencial. Nesta perspectiva, afirmam Novaes e Bueno (1998), o Programa de Acreditação com intuito de garantir a melhoria na assistência prestada, investe na criação de metas objetivas, estimula a participação dos profissionais envolvendo a todos num discurso que promete uma mudança progressiva e planejada de hábitos.

Tais discursos envolvem especialmente a qualidade dos serviços prestados na área da saúde, propondo o que tenho chamado de mudança da cultura institucional. Nos discursos do manual, esta qualidade não é fruto somente de exigências políticas que visariam à melhora da vida da população, mas seria o resultado de um somatório de pequenas, mas expressivas engrenagens que exerce umas sobre as outras uma tensão e uma relação de dependência explicitada como a chave para o êxito da proposta. Conforme Bonato (2007) argumenta, a questão da qualidade na saúde, embora estimulada por instituições e políticas, exige muito mais do que isso para se concretizar. Ela abarca, além das políticas, recursos financeiros, formação profissional dirigida para um fim de qualidade, também a mudança das instituições pela mudança operada nos indivíduos. Portanto, a convergência para o atendimento de padrões de qualidade envolve amplas ações, mas de forma bastante significativa, àquelas voltadas para os indivíduos e suas histórias. O novo desenho de ações individuais requeridas pelas instituições, que buscam se orientarem por Normas de Acreditação, exige dos

profissionais atitudes que mostrem a internalização de valores voltados para a criação de novos ambientes de trabalho, tanto no que se refere aos serviços prestados quanto ao que se refere ao ambiente relacional, de gestão e de trabalho em todos os setores mobilizados no cotidiano. Conforme a autora:

A qualidade apresenta-se como via de diversas mãos que interage com diversos sujeitos que atuam nos hospitais. Esse processo é dinâmico, influenciando e influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e resignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação desde segmento (BONATO, 2007, p. 48).

Discursos trazidos pela Acreditação sinalizam que esse movimento em direção à qualidade refletiu a necessidade de mudanças nas organizações onde a valorização dos indivíduos e as atenções às relações sociais tornam-se fundamentais para a aquisição do título de excelência. Nesse cenário, os profissionais possuem papel de destaque para garantia e manutenção do processo. Com o compromisso com a política da qualidade estabelecida pela instituição, os profissionais se engajam e reforçam a cultura de melhoria centrada no paciente e na determinação de executar serviços que atendam aos requisitos ou padrões pré-estabelecidos de forma segura e com excelência.

Nesta direção, investimentos têm sido realizados com o objetivo de defender a sociedade do risco da doença e da morte. Parte do empenho neste sentido está em investir em novas técnicas, tecnologias e estratégias que pretendem garantir um maior tempo de sobrevivência e afastamento dos riscos (SILVA, 2010).

Estes movimentos em prol da qualidade, através da padronização dos hospitais, embora atuais, não se deram de forma repentina ou foram descobertos miraculosamente por gestores da atualidade. Fortes (2013) remonta a história contando que em 1910, Abraham Flexner, um educador americano formado pela Universidade de John Hopkins, publicou um relatório sobre a diversidade de conteúdos entre as faculdades de medicina americanas e canadenses que operavam sem orientação e sem programa. Tal relatório, usualmente conhecido como *Relatório Flexner*⁷, demonstrou o estado caótico dessas faculdades de medicina e baseado no modelo europeu de ensino, propôs uma nova ordem para o ensino médico. Conforme a autora, na mesma década, baseados neste relatório e conhecedores da realidade hospitalar um grupo de cirurgiões, conduzidos pelo Doutor e Professor Ernst

⁷ O *Relatório de Flexner* hoje é bastante questionado e tido como um dos responsáveis pela fragmentação tanto nos currículos como na atenção a saúde.

Amy Codman, com a intenção de evitar reincidência de erros, verificar a eficácia dos tratamentos, e reagir às diferentes condições em que se encontravam as salas de cirurgias nos diversos hospitais, elaborou uma lista de padrões chamados de *Minimum Standards* (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar e um sistema de organização do hospital baseado nos resultados.

Fortes (2013, p. 22) afirma que este movimento modificou a atuação médica nos Estados Unidos e incentivou a criação do *American College of Surgeons* (CAC) “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”. Com o objetivo de garantir algum nível de qualidade nesses ambientes, foi estabelecido então o Programa de Padronização de Hospitais (PPH). Tal Programa realizou uma avaliação dos hospitais cujo resultado foi considerado preocupante pelo CAC. Em 1918, foram avaliados 692 hospitais, com pelo menos 100 leitos, entre os Estados Unidos da América e o Canadá. Desses, somente 89 apresentaram conformidade com os padrões mínimos então estabelecidos (FORTES, 2013). Conforme o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2015) como consequência dessa avaliação considerada preocupante, o CAC consolida a discussão sobre a questão da qualidade hospitalar e inicia o desenvolvimento de novas estratégias para a criação e implantação de padrões de qualidade.

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 e considerados mínimos foram reconhecidos como essenciais ao cuidado e ao tratamento dos pacientes, em qualquer hospital. A percepção era a de que os hospitais evoluiriam, e esperava-se que os padrões os acompanhassem (FORTES, 2013, p. 22).

O PPH estabelecido pelos médicos possibilitou o início de uma preocupação com a qualidade dos ambientes hospitalares, e também criou condições para a elite médica americana pleitear o controle do sistema no qual seus membros atuavam. Assim, iniciaram a construção de uma metodologia de padronização das atividades hospitalares. Tal metodologia

fora denominada de *Acreditação*. Isso significa, “um guia de orientação voltado para as estruturas dos ambientes nos quais se praticava a medicina” (FORTES, 2013, p. 23).

Ainda conforme Fortes (2013), bem como Quinto Neto (2000), em 1919, o PPH estabeleceu cinco padrões mínimos a serem cumpridos pelos hospitais. Tais padrões englobavam a formação disciplinar da área de medicina, a organização de médicos e cirurgiões para atuarem nos hospitais, a competência profissional e ética médica, formas de trabalho e de registros de atendimentos, retorno para os pacientes de suas condições clínicas, disponibilidade de registros médicos para toda a equipe, facilidades diagnósticas e terapêuticas aos pacientes, incluindo, ao menos, um laboratório de análises químicas e patologia e um departamento de raio X com serviço de radiografia e fluoroscopia.

Segundo Quinto Neto (2000), os padrões mínimos mencionados acima foram precursores do processo de Acreditação dos Estados Unidos da América. Porém, argumenta Fortes (2013), embora os padrões tivessem um grau elevado de exigência, não conseguiam alcançar as atividades dos outros profissionais de saúde ou questões de estrutura dos ambientes hospitalares. Os padrões eram restritos à organização das funções médicas e tinham como objetivo melhorar e facilitar o relacionamento entre as especialidades.

Conforme Schiesari (1999), no princípio de sua criação, a padronização tinha como objetivo a concepção de um ambiente adequado para proteção do médico e, na sequência, passou a enfatizar a prática clínica. Esta intervenção obteve bons resultados e, na medida em que o sucesso do Programa se espalhou, cada vez mais crescia o interesse de outros hospitais em participar dele.

Com o crescimento, o CAC começou 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 financiamento⁸ (QUINTO NETO; GASTAL, 1997; QUINTO NETO, 2000).

Em 1949, um Manual de Padronização mais desenvolvido, com 118 páginas, foi apresentado pelo CAC, porém tiveram dificuldades em mantê-lo devido à sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade, a grande procura de especialidades não cirúrgicas após a Segunda Guerra Mundial que contribuíram para o aumento de custos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

⁸ 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.

Segundo Quinto Neto (2000), em 1950, o sucesso do Programa, o crescente número de instituições participantes e o aumento dos custos de manutenção, levaram, em 1951, a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*⁹ (JCAH). Entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos que tinha como missão prover acreditação. Em caráter voluntário seria responsável pela coordenação do processo de acreditação no país. Em 1952 o Programa teve seu aperfeiçoamento por meio da inclusão de padrões como a “educação, avaliação e consultoria” e foi lançado o Programa Oficial de Acreditação para a *Joint Commission*.

Conforme a história trazida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (2015), em 1953, o Programa de Padronização Hospitalar cria o primeiro Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar e inicia a oferta do Programa de Acreditação nos Estados Unidos. Em 1959, a Associação Médica Canadense se retira da JCAH, para criar uma agência acreditadora no Canadá, a *The Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA). Tal Agência fornecia um dos melhores certificados de qualidade hospitalar adotado por vários países. Diante da padronização dos serviços hospitalares, os saberes locais e os conhecimentos produzidos fora daquilo que passara a ser normatizado, passaram a ser considerados de risco para a qualidade dos serviços hospitalares.

Antunes (2002) afirma que, na década de 1960, um grande número de hospitais americanos havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente pela JCAH e resolveram modificar o grau de exigência de respostas das instituições. Em 1965, conforme Manzo (2012, p. 30), os hospitais americanos, credenciados no JCAH, foram considerados em “conformidade com as condições de participação dos Programas Medicare e Medicaid”. Ainda conforme a autora, tal cenário “relativizou a característica ‘voluntária’ da acreditação, uma vez que a maioria dos hospitais americanos necessitava dos reembolsos de pacientes vinculados ao *Medicare* (para pacientes idosos) e à *Medicaid*¹⁰ (para pacientes pobres) [...]”.

⁹A JCAH foi resultado da união do CAC com outras quatro instituições: a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense e o Colégio Americano de Médicos. Portanto, a organização é americana, independente e não possui fins lucrativos. Criada com o intuito de oferecer o desenvolvimento do processo de acreditação voluntária em hospitais e, posteriormente, nos diversos ambientes voltados à saúde (FORTES, 2013).

¹⁰O *Medicare* e o *Medicaid* foram criados nos Estados Unidos da América 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).

Diante dos resultados considerados positivos na qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, a JCAH intensificou suas exigências e estabeleceu padrões de excelência como manobra para consagrar o seu posto de líder de mercado. Em 1966, conforme Manzo (2012), Avedis Donabedian¹¹, introduziu conceitos de estrutura, processo e resultado nas avaliações da qualidade de cuidados de saúde. Por décadas, tais conceitos serviram para a avaliação dos sistemas de saúde e de qualidade no atendimento aos pacientes. Conforme recupera Manzo (2012), a avaliação da estrutura “consiste na apreciação das instrumentalidades do cuidado e de sua organização, incluindo as instalações, os equipamentos, a mão de obra e o financiamento [...]” (p. 30). Já a avaliação de processo¹² abrange a “apreciação do atendimento [...]” (p. 30). E, por fim, a avaliação dos resultados, foca os resultados finais do atendimento traduzidos “em termos de saúde do paciente, bem-estar e satisfação” (p.31).

Em 1970, os padrões mínimos usados para avaliar a qualidade da JCAH foram alterados visando melhorar ainda mais os níveis da qualidade. Para tanto, foi publicado o *Accreditation Manual for Hospital*, contendo padrões ótimos de qualidade, considerando os processos e os resultados da assistência. Segundo Antunes (2002) essa mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição de atenção da *Joint Commission*, originalmente com foco na estrutura para, conforme explicitarei anteriormente, a consideração nos processos e resultados na assistência. Este documento possuía 152 páginas que traziam padrões e diretrizes que representavam a metodologia da Acreditação.

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (2015) afirma que, em 1970, a primeira grande mudança se estabelece no Programa de Acreditação. Os padrões são redefinidos e passam a estabelecer a excelência da qualidade, com a emenda de padrões mínimos por padrões ótimos alcançáveis. Essa mudança propiciou o fortalecimento da cultura dos investimentos em melhoria contínua, onde as instituições passam a estabelecer novos parâmetros de referência da excelência para os processos de cuidado desenvolvidos em seus serviços. Com a credibilidade e a abrangência alcançada pelo Programa de Acreditação, o Congresso Americano estabelece recomendações de que a Acreditação seja estabelecida como pré-requisito para procedimentos de financiamento em programa oficiais do Governo, incluindo o *Medicare* e o *Medicaid*. Conforme escreve Fortes (2013), as intenções ao

¹¹ A partir dos estudos de Avedis Donabedian, médico formado na Universidade Americana de Beirute, mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e professor da Escola Pública da Universidade de Michigan, a avaliação dos cuidados médicos teve um desenvolvimento conceitual e metodológico. Atribuem a ele a mudança do pensamento sobre os sistemas de saúde americanos.

¹² Manzo (2012) cita como exemplo das avaliações de processos a auditoria de enfermagem, pois essa submete a avaliação profissional os elementos presentes no atendimento.

estabelecer pré-requisitos para a oferta de financiamentos para Programas Governamentais foram o de estimular a melhoria nos serviços públicos prestados, estimulando novos investimentos e avanços na qualidade de tais serviços. Além da qualidade¹³ e do estímulo ao setor público de investir na qualidade de seus atendimentos, vale destacar a aproximação entre o privado e o público. Isso significa que eles são estreitados entre a Acreditação e os mecanismos de financiamento dos setores públicos da saúde. Conforme Fortes (2013, p. 27), “no momento em que as certificações americanas passaram a ser usadas pelo governo dos EUA como subsídio em suas decisões de reembolso desses programas [...] a Joint Commission passou a ser vista como parte do sistema público americano”.

É possível afirmar que, em 1972, a JCAH, ao contar com a adesão de serviços públicos e privados de saúde, se torna parte integrante do sistema oficial dos Estados Unidos (FORTES, 2013). Tal acontecimento se dá devido à alteração da legislação que obriga o Departamento de Saúde e de Serviços Humanos dos Estados Unidos, a validar e a incluir a avaliação do processo de credenciamento da JCAH no relatório anual apresentado ao Congresso.

Schiesari (1999) afirma que, em 1987, há uma expressiva expansão do escopo das atividades da Acreditação propostas pela JCAH. Ela passa a abranger muito mais do que os hospitais, ou seja, abrange serviços tais como, assistência domiciliar, laboratórios, farmácias, cirurgias ambulatoriais e instituições para atendimento de pacientes crônicos. Para abranger a ampliação do escopo de serviços o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e, no mesmo ano, direcionou sua atuação com ênfase na assistência clínica por meio de monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho institucional e, por fim, assumiu o papel de educação com monitoramento. A entrada da educação no cenário da saúde formaliza a necessidade já vista nas avaliações de mudança de comportamento das equipes hospitalares. Portanto, mais que modificar a estrutura, os processos e os resultados, era preciso investir ainda mais naqueles que eram os responsáveis pelos processos. Arrisco a dizer, que com a entrada da educação nos processos de atendimento, uma mudança ainda mais forte nas instituições hospitalares é anunciada.

¹³ Para Donabedian, conforme Manzo (2012, p. 32), por qualidade entende-se o cumprimento das normas que podem variar de acordo com o contexto social. Portanto, “[...] para se avaliar a qualidade da assistência à saúde devem-se considerar três componentes: o cuidado técnico realizado; o ambiente físico em que ocorrer o atendimento, que depende do contexto econômico da instituição e do país; e a gestão de relacionamento interpessoal entre profissionais e pacientes”.

Frisando o que já mencionei acima, segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2015), em 1987¹⁴, a mudança no nome para JCAHO reflete a expansão dos programas para diversos segmentos de serviços de saúde, incluindo saúde mental, *home care*, ambulatórios, laboratórios e rede de serviços entre outros.

Junto dessa iniciativa, a JCAHO faz também uma mudança no processo, introduzindo os conceitos de indicadores de desempenho, reformulando a definição e aplicação dos indicadores gerenciais e adotando os indicadores clínicos no conjunto de padrões para avaliação dos processos de cuidado. Outra característica que passa a ser mais observada no programa é a atividade educativa como tarefa principal da função dos avaliadores, visando à mobilização das instituições e profissionais no sentido da melhoria contínua da qualidade (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015).

Chama a atenção o anúncio da educação no cenário da saúde. Percebe-se que limites na implantação das Normas de Acreditação se dão devido à atuação e à mentalidade daqueles que executam os processos. Para além do conhecimento técnico envolvido em cada etapa avaliada (estrutura, processo e avaliação final do atendimento), fazia-se necessário investir na formação humana visando a incorporação de uma outra forma de entender a saúde e de fazer a construção de uma nova cultura hospitalar.

A *Joint Commission International* (JCI) foi criada em 1994 e é considerada uma afiliada da JCAHO. Considerada uma referência para a implantação de sistemas de acreditação em diferentes países, ela passa a ambicionar o mercado. Conforme Fortes (2013, p.28), é de suma importância deixar claro 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.

¹⁴ Com as novas mudanças realizadas em 1987, pela JCAHO, os resultados organizacionais passaram a ser expressos em quatro níveis: acreditação com distinção ou com louvor; acreditação sem recomendação; acreditação com recomendação; e, acreditação condicional. Para a instituição que fosse avaliada no último nível, era dado seis meses para que uma reversão na avaliação acontecesse.

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.

A fusão público e privado cada vez fica mais fortalecida no âmbito da saúde, pois o Estado passa a ser um forte parceiro nas ações de Acreditação. Tal parceria é uma das evidências de um tipo de racionalidade governamental neoliberal. Ao dizer isso, vale esclarecer que não faço juízo de valor, mas marco uma parceria e um tipo de racionalidade que integram um conjunto de argumentos que, articulados, me dão a possibilidade, de argumentar que tal parceria é condição para o empresariamento da saúde e dos próprios colaboradores que atuam nos hospitais.

Segundo Antunes (2002), em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou como tema a qualidade da assistência e deu início a um trabalho com a área hospitalar na América Latina. A Acreditação passou a ser vista como um importante elemento para alavancar e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Através do processo de qualidade, se pretendia uma mudança planejada de hábitos, de maneira a estimular os profissionais de todos os níveis e serviços a avaliarem as fragilidades e forças da instituição, com o planejamento de metas e mobilização para o aprimoramento dos objetivos no que se refere à garantia da qualidade da atenção médica.

Em 2005, a OMS estabeleceu uma parceria com a JCAHO e a JCI, inscrita pelo título de *Who Collaborating Centre on Patient Safety Solutions*. Essa parceria tinha como objetivo a promoção e o desenvolvimento de soluções de segurança visando estimular os países membros a produzirem relatórios sobre a temática e também a desenvolverem sistemas para estabelecer *guidelines* sobre as situações de risco dos pacientes, nos ambientes de saúde mundiais (FORTES, 2013).

Novais e Paganini (1994) trazem que, com a publicação da "Acreditação de Hospitais para América e Caribe", o processo de Acreditação começa a tornar-se possível no Brasil. Em 1990, foi firmado um convênio entre a Federação Latino Americana de Hospitais e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e produziram um manual de "Padrões de Acreditação para a América Latina" que, em 1992, foi apresentado no primeiro seminário nacional de Acreditação realizado em Brasília. Neste evento, segundo os autores, haviam representantes de diversas entidades nacionais brasileiras da área da saúde.

Segundo Alonso et al. (2014), no Brasil, a Acreditação hospitalar pode ser conferida pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), onde o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditoras credenciadas pela ONA, tendo como referência as Normas do SBA e o Manual Brasileiro de Acreditação; e também pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) sendo este o representante da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* no Brasil.

No Brasil, a proposta de Acreditação de serviços de saúde é ainda considerada inovadora e se constitui como uma alternativa recente de avaliação e aplicação dos preceitos da qualidade do desempenho de serviços de saúde. Coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), o papel bandeirante no desenvolvimento da acreditação e, em 1986, foi criada a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015). Conforme os autores, na década de 1990, algumas iniciativas regionais relacionadas com a Acreditação Hospitalar, ainda restrita a algumas entidades nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul começam a ganhar visibilidade quando, em 1994, o CBC em parceria com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro organizou o Seminário: “Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade”, que contou com a participação de especialistas internacionais.

Como fruto deste Seminário, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS, com o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade. O Seminário apontou para três direções principais: a criação de uma agência de acreditação não-governamental; o desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a acreditação de serviços e sistemas de saúde; a disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015, p. 2).

Em junho de 1995, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, da qual faziam parte, o grupo técnico do Programa, representantes médicos, provedores de serviços, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Tal Comissão responsabilizou-se pela discussão tanto de temas relacionados à melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições de saúde quanto

pela definição de estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa. Uma das atividades propostas pelo grupo técnico responsável pelo Programa foi a identificação das ações já em início de discussão no Brasil pela ONA, bem como a identificação de metodologias e manuais de acreditação utilizados em outros países, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, etc. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015).

Em julho de 1997, a Fundação Cesgranrio¹⁵, em conjunto com as instituições participantes do PACQS e representantes da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, promoveu “A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde” a oficina de trabalho, em parceria com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Esse evento contou com a presença de convidados internacionais que discutiram e propuseram metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional de acreditação.

Com a articulação de distintas forças e instituições, em 1998, foi constituído¹⁶ o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Hoje o CBA atua em parceria com a *Joint Commission International* oferecendo Acreditação conjunta com a emissão de um único Certificado Internacional de Acreditação para organizações que satisfazem os padrões internacionais constantes do Programa de Acreditação Internacional. Esta parceria permite, além da Acreditação propriamente dita, também a oferta de serviços relacionados à educação sobre o conceito e o processo de Acreditação (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015).

Um Comitê Internacional de Padrões constituído por representantes de países dos cinco continentes realiza a tradução fiel dos manuais internacionais visando à manutenção da aplicabilidade e atualidade do conteúdo e conjunto de padrões definidos em cada manual.

¹⁵ A Fundação Cesgranrio, possui 40 anos de existência e tem o objetivo de buscar novos caminhos na formação e educação de novas gerações. Conforme informações contidas no site da Fundação ela “encontra-se preparada para proceder a avaliações e creditações na área da saúde. Dominando as técnicas de avaliação de ensino, a Cesgranrio se lançou na área da saúde, em 1997, com a criação de um "Programa de Qualidade, Avaliação Tecnológica, Acreditação de Hospitais e Serviços e de Educação Permanente de Pessoal em Saúde". Para desenvolver esse programa, assinou um convênio com a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals and Healthcare Organizations*, uma organização americana, e, no Brasil, com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Academia Nacional de Medicina e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, constituindo, então, em 1998, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)”. Site: http://www.cesgranrio.org.br/institucional/quem_somos.aspx Pesquisa realizada em 1 de julho de 2015.

¹⁶ “[...] 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 viabilizam 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 do Instituto de Medicina Social” (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015, p. 3).

“Esses manuais são revisados e editados a cada 3 anos, segundo as políticas definidas pelo Comitê Internacional” (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2015, p. 4).

Para Fortes (2013), as definições da metodologia nos diferentes tempos e cenários são um exemplo das transformações da acreditação. Também acrescento que tais definições e ênfases dadas aos processos de avaliação mostram, como já dito anteriormente, a entrada de discursos de qualidade de estruturas, processos e entrega de serviços, mas, também, mostram crescentes investimentos em ações que promovem a competição tanto entre instituições hospitalares quanto entre instituições que lutam pela possibilidade de participarem das avaliações de Acreditação. Portanto, somado às ações de parceria entre setor público e privado, também vemos ações que promovem a competição entre instituições e, inevitavelmente, entre aqueles que constituem cada instituição. Com esse argumento, somado ao anterior, sobre o empresariamento da saúde, quero frisar que, no presente, a instituição hospitalar que investe na acreditação também necessita investir na mudança de cultura institucional. Isso significa, a passos largos, que o trabalho por metas e pela busca da excelência desencadeia nas instituições um clima de competição. Tal clima exige da instituição outras formas de conduzir, não só a saúde, mas também aqueles que atuam nela.

Segundo Lyotard (2009), na atual condição das relações sociais, os conhecimentos, os saberes e as ciências estão passando por um processo de deslocamento. Este diagnóstico permite ampliar as possibilidades de ações de diferentes saberes e, principalmente multiplicar seus lugares nas economias das sociedades capitalistas. O autor toma como hipótese de trabalho que “o saber muda de estatuto ao mesmo tempo em que as sociedades entram na idade dita pós-industrial e as culturas na dita idade pós-moderna” (LYOTARD, 2009, p. 3). Ao encontro disto completa Fortes (2013), não tem mais como se comparar a simplicidade dos padrões elaborados pelo PPH com o que hoje é ofertado pela Acreditação. A metodologia foi se desenvolvendo desde o início do século XX com as mudanças dos hospitais e da própria medicina. Desde os primeiros padrões, utilizados pelo Programa de Padronização de Hospitais, o movimento foi promovendo arranjos que influenciaram o seu desenvolvimento e a sua abrangência.

Hoje a *performance* de cada organização de saúde é avaliada tendo como parâmetro um conjunto de padrões preestabelecidos pelos envolvidos no processo. As organizações buscam, de forma voluntária, a Acreditação por diferentes motivos, como por exemplo, para aumentar suas participações de mercado, satisfação dos clientes e garantir a reputação de seus profissionais. Enquanto, no manual, a definição fica restrita à aplicação técnica da ferramenta, a OMS expressa uma compreensão diferenciada da metodologia que reconhece também a

atuação de atores importantes e a proximidade do uso da Acreditação para questões além da qualidade (FORTES, 2013).

Manzo (2009) argumenta que a busca de excelência pela melhoria da qualidade dos serviços prestados seria, entre as estratégias de gestão, um caminho encontrado por instituições para permanência no mercado competitivo. O Programa de Acreditação Hospitalar surgiria como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual, desgastado pelo modelo “tecnicista” de atendimento. O novo processo de qualidade traria mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos, impondo aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado e promove um ambiente organizacional de excelência.

Ainda conforme Manzo (2009), dentro do cenário de mudanças e de instituição do empresariamento das estratégias de gestão de hospitais, o grande desafio enfrentado não se daria na conquista da Acreditação e sim a manutenção do processo de Acreditação, com seus altos padrões de exigências estabelecidos. Para tal manutenção, argumenta a autora que uma das principais estratégias viabilizadoras da permanência do sistema de qualidade seria a capacitação permanente e igualitária de todos os profissionais. Por meio de treinamentos/capacitações consistentes e distribuídos ao longo do ano, os profissionais iriam se desenvolvendo em suas funções, aperfeiçoando suas técnicas, reciclando seus conhecimentos e entendendo melhor o processo de trabalho. Ao se aperfeiçoarem e ao estarem envolvidos com a criação de novas práticas hospitalares, seriam capazes de conferir e de manter os requisitos para a Acreditação, e aos poucos, mudariam suas formas de entenderem e de comporem as equipes nas quais estão inseridos.

Novamente retomando Fortes (2013), com as novas práticas que visavam a Acreditação, inicialmente constatou-se que não somente o ensino médico necessitaria de mudanças, mas, principalmente, necessitaria ser alterado o meio hospitalar. Para que mudanças substantivas ocorressem, seria necessário investir tanto na qualidade da formação dos médicos, quanto na qualidade dos ambientes/espacos nos quais os profissionais iriam atuar. Para a autora, acreditava-se que, com os investimentos em qualidade, que passariam a ser realizados pelos hospitais que perseguiram os padrões de Acreditação, tornaria possível despertar interesses de financiadores não só da saúde. Nas palavras da autora:

Supõe-se que, dessa fora, 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 quando na saúde, pela mesma fundação, a *Carnegie Foundation* (2013, p. 29-30).

Quero chamar a atenção aqui para o interesse, dentro do campo da saúde, para as práticas e os investimentos oriundos do campo da educação. Saúde e educação estreitam elos na construção de um ambiente favorável às mudanças desejadas pela saúde.

Como já dito, a mudança anunciada acima deveria ocorrer não apenas na qualidade da formação dos médicos, mas dos ambientes nos quais eles iriam trabalhar. Assim, a partir da ideia de avaliar os hospitais, conforme padrões mínimos de padronização de processos se deu a criação de uma entidade que visou organizar e estimular um movimento de caráter nacional. Esse processo se institucionalizou, ganhou força e visibilidade, bem como se reformulou 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” (FORTES, 2013, p. 30). O retorno aos que participassem seria a possibilidade de exibir uma excelência em seus serviços. A Acreditação então passou a ser ofertada ao mundo como o mecanismo de viabilização da qualidade.

Conforme Hortale, Obbadi e Ramos (2002), *acreditar* significa endossar ou aprovar oficialmente, conceder reputação a, tornar digno de confiança. O termo tem como noções centrais a qualidade e a confiança, além de se caracterizar como um processo que introduz, nas instituições, a cultura da qualidade, analisando e atestando o nível em que a mesma se encontra em cada instituição. Sendo assim, os manuais apontam que a Acreditação seria um processo de avaliação dos recursos institucionais, periódico, voluntário e sigiloso, que visaria garantir a qualidade da assistência por meio do reconhecimento da exigência de padrões previamente aceitos.

Como empresas prestadoras de serviços, os hospitais passam por uma rápida evolução tecnológica, econômica e social, que atinge todos os usuários. Tais mudanças exigem reestruturação interna, atualização permanente e ênfase na gestão de pessoas como estratégia de sobrevivência de mercado. Neste contexto, os sistemas de gestão organizacional com foco na qualidade são utilizados para a conquista de potencial competitivo e a obtenção do êxito institucional para a redução de custos, qualidade do serviço e geração de lucro. Nesse cenário, se observa uma mobilização em torno da aplicação dos programas de qualidade nas organizações hospitalares para melhorar seu gerenciamento, eficiência do serviço e promover segurança para o paciente (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Feldman, Gatto e Cunha (2005) argumentam que a melhoria do gerenciamento da organização e da qualidade da assistência prestada ao usuário, em termos de segurança e eficiência, estão entre as vantagens desta certificação. Trata-se de um diferencial de mercado,

produzindo reconhecimento social à instituição certificada, que busca a melhoria contínua da qualidade de seus serviços, criando e desenvolvendo a integração com a sociedade e estimulando a cidadania.

Os textos do Consórcio Brasileiro de Acreditação destacam que o processo de Acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os métodos de prestação de cuidados ao paciente e seus resultados. Os discursos acenam com a possibilidade das instituições elevarem sua credibilidade junto à população, pois um ambiente de trabalho seguro e eficiente possibilitaria uma negociação junto às fontes pagadoras, escutariam os pacientes e seus familiares, que são apontados como parceiros no processo do cuidado. As propostas da JCI referem-se a uma cultura aberta que levaria a instituição a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança, e estabeleceriam um estilo de liderança educativa que primaria pela qualidade e segurança do paciente (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2008).

Deste modo, a gestão da qualidade proporcionaria tanto a excelência nos serviços e produtos, como a agregação de valor às organizações, visando à melhoria contínua de seus processos e preparando os trabalhadores para as transformações do mercado no qual tais empresas estão inseridas (MENEZES, 2013).

A Acreditação Hospitalar proposta pelo Manual de Acreditação da JCI corresponde a uma série de iniciativas criadas em resposta à crescente demanda no mundo por uma avaliação de cuidados à saúde, com base em padrões, para avaliação de instituições de saúde. O objetivo do Programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada nas instituições, através do emprego de padrões de consenso internacional, de metas internacionais de segurança do paciente, e de assistência ao monitoramento com indicadores (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2011).

Segundo os discursos dos textos do Consórcio Brasileiro de Acreditação (2011), o Programa de Acreditação Hospitalar contribui para que ocorra uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Uma mudança cultural dentro das instituições, uma transformação, uma passagem da cultura punitiva para cultura educativa, onde os profissionais são “estimulados” a participar do processo através da capacitação de cada indivíduo, visando à mobilização e criação de normas e metas, a partir de padrões internacionais pré-estabelecidos, com o intuito de garantir a melhoria da assistência prestada. Tal mudança ou tal passagem de uma cultura punitiva para uma cultura educativa ficará mais visível na segunda parte do trabalho, quando,

ao trazer a articulação entre saúde e educação, mostro a conformação de um outro éthos hospitalar, bem como a constituição de um outro perfil de prestador de serviço.

Para Menezes (2013), a JCI trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo desempenho, tendo seu foco em três linhas de trabalho: acreditação, educação e serviços de consultoria. O foco na educação mostra o investimento feito em capital humano, ou seja, em capitalizar os indivíduos para que eles possam promover as mudanças necessárias de acordo com os padrões internacionais de Acreditação Hospitalar.

Segundo Manzo (2009), o Programa de Acreditação deve ser entendido como processo educacional, que leva as instituições de saúde e os profissionais a adquirirem a cultura da melhoria contínua para a implementação da gestão da qualidade, e como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços que analisa e atesta o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-estabelecidos.

Conforme os discursos trazidos nos manuais da JCI, o termo qualidade ou melhoria contínua da qualidade é um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece de forma progressiva, os padrões e os resultados dos estudos de séries históricas, na mesma organização ou em comparação com outras organizações semelhantes, na busca do defeito zero, situação que, embora se reconheça que não é atingível na prática, orienta a ação e gestão da proposta. Os discursos que inventam a Acreditação também apontam que ela é um processo essencialmente cultural que envolve motivação, compromisso e educação dos participantes, que são estimulados em longo prazo, o desenvolvimento progressivo dos processos, padrões e dos produtos da instituição (AZEVEDO, 1993).

O processo de Acreditação realizado pela JCI busca estimular as Organizações de Saúde a alcançarem e excederem os padrões, por meio da Acreditação e da educação voltada para qualidade (JCI, 2012). Ainda de acordo com a Comissão, os padrões da JCI são voltados para os resultados, para melhoria contínua dos processos de assistência aos usuários e se relacionam com a infraestrutura e o ambiente nos quais os cuidados são prestados, sendo que os profissionais responsáveis devem ser qualificados e os processos definidos.

Ao fazer este percurso pelos discursos da Acreditação, minha intenção foi dar visibilidade a acontecimentos que constituíram a história da JCI e que marcaram a ampliação da visão da saúde e, principalmente, da gestão hospitalar. Sei que não esgotei os acontecimentos que poderiam ser contados aqui. Porém, para o intuito que tenho em meu trabalho, penso que o principal foi destacado: parte das condições de emergência do JCI, bem como a sua vinculação com a educação para a formação dos quadros hospitalares.

2.2 CONTORNOS METODOLÓGICOS

Dado alguns *flashes* da JCI, para que meus leitores compreendam sua importância nos contextos que o adotam, passo, a partir de agora, a mostrar os delineamentos de meu material de pesquisa. O objetivo aqui é de apresentá-lo para que, na próxima parte, as análises feitas dos materiais possam fazer sentido no contexto da dissertação e da problematização que desenvolvo. Assim, sigo a escrita da dissertação na mesma orientação que iniciei a escrevê-la, ou seja, tentando mostrar o caminho que fiz durante os trabalhos investigativos que empreendi. Foi difícil sistematizar o universo de enunciações que reuni depois de inúmeras leituras do material de pesquisa. Saliento as inúmeras leituras porque, embora minha experiência como enfermeira, atuante dentro de um hospital que utiliza a JCI para desenvolver e orientar seus investimentos estratégicos, foi preciso manter um certo afastamento de meu cotidiano para poder pensá-lo criticamente. Ao fazer isso e ao ler os documentos que compõem a JCI, pude perceber o que contribui para caracterizar a JCI no presente. Também pude perceber que a JCI só se potencializou nos últimos anos, como mostrado no capítulo anterior, porque ela está inscrita em um tipo de racionalidade política e econômica neoliberal, típica da contemporaneidade. O caráter naturalizado da competição, desencadeada a partir de uma gestão por metas, com o objetivo de melhorar e superar aquilo que já foi atingido, conduz a competição não só interna, entre os chamados colaboradores do hospital, mas também externa, entre hospitais que lutam para se manter bem classificados nas avaliações. Nesse clima de competição, diferentes lutas acontecem no ambiente hospitalar e de trabalho. Entre estas observei o esforço da equipe gestora do hospital para continuamente capacitar seu corpo técnico. A formação dos funcionários é um dos maiores desafios, depois dos econômicos¹⁷, a ser atingido, pois, cada vez mais, formamos profissionais mais competentes para exercerem suas funções e mais capitalizados para o mercado de trabalho. Não pretendo desenvolver tal argumento neste capítulo, faço isso nas análises empreendidas nesta dissertação. Porém, entendo ser importante mencionar o necessário investimento na formação dos ditos colaboradores antes de apresentar, de forma mais esquemática, os materiais por mim utilizados na construção de minha pesquisa.

¹⁷ Refiro-me aqui ao desafio econômico porque a saúde no Brasil nunca esteve em primeiro plano. Por mais que na década de 2000, tenhamos vivido uma melhora no que se refere aos investimentos governamentais na saúde, nunca conseguimos “dar conta” de manter a qualidade desejada nos atendimentos à população, devido, principalmente, aos poucos recursos econômicos para a saúde. O quadro econômico voltou a ser um agravante maior para a manutenção da qualidade dos serviços prestados, desde o fim da primeira parte da década de 2010. Junto com a falta de recursos vem a necessária continuidade aos investimentos já iniciados no hospital visando a Acreditação.

Da mesma forma que mencionei a necessária manutenção da formação dos colaboradores, aqui também se torna importante fazer uma breve referência à noção de *éthos* hospitalar. Nos diferentes espaços por onde tentei construir os saberes e os conhecimentos que hoje tenho, dei-me conta que uma das dificuldades que temos como gestores hospitalares que se orientam pela JCI é criar um ambiente hospitalar profícuo e produtivo, diante das mudanças constantes do mercado. Não basta o hospital ter uma boa equipe formada nas melhores universidades e faculdades. A formação da equipe é condição fundamental para que a instituição atinja as metas de oferta e satisfação dos pacientes. Ao perceber isso, passei a olhar os materiais da pesquisa de forma diferente daquela que inicialmente me mobilizava na leitura dos mesmos. Dito de outra forma, a combinação da minha experiência profissional, das leituras e discussões feitas e das inúmeras entradas e tentativas de retirar excertos que, para mim, eram significativos, me levaram a focar a atenção na produtiva parceria entre saúde e educação, na formação dos profissionais e qualificação dos serviços prestados e no empresariamento da saúde hospitalar. Sei que abandonei inúmeros atravessamentos e enunciações que iriam possibilitar diferentes análises, mas aprendi na qualificação de projeto de pesquisa, que fazer recortes é fundamental para aprofundar as análises e para que a pesquisa seja entendida e mostre algo diferente do que foi feito até então.

Feitos os esclarecimentos que penso serem importantes neste momento, passo a trazer os materiais de pesquisa e mostrar os caminhos que fiz e as trilhas que abri ao caminhar.

Relembro que a pesquisa que desenvolvo é de inspiração foucaultiana. O que isso significa? Significa que não me comprometo em desenvolver aqui uma metodologia foucaultiana, mesmo que eu entenda que essa tenha sido uma das maiores contribuições do filósofo para aqueles que o leem. Não me sinto em condições de assumir uma perspectiva arqueológica ou genealógica de pesquisa. O que fiz foi estudar alguns cursos ministrados por Michel Foucault, no Collège de France, nos anos de 1978 e 1979. Destaco aqui os cursos *Segurança, Território e População*, de 1977-1978 e *Nascimento da Biopolítica* de 1978-1979. Em ambos os cursos, o filósofo nos fornece interessantes ferramentas conceituais para pensarmos os acontecimentos do presente. Sempre chamando a atenção para as condições de *emergência* e de *procedência* de tais acontecimentos. Sei que não dou conta, neste trabalho, de buscar pelas condições de emergência e de procedência da JCI, porém, penso ter feito, no subtítulo anterior, uma contextualização histórica que permite entender melhor as condições em que a JCI chega aos hospitais e assume a dimensão que hoje possui.

Outra ferramenta foucaultiana útil para mim foi a de *governamentalidade*. Aprendi que a *governamentalidade* é composta pelas *tecnologias de governo* - aquelas ações que incidem sobre o indivíduo e/ou a população que se quer governar - e pelas *tecnologias de subjetivação*, aquelas que os sujeitos mobilizam sobre si mesmos a partir das condições em que se encontram em dados contextos e épocas. Nas palavras de Foucault (2008a, p. 143) governamentalidade¹⁸ pode ser entendida como:

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança.

Sendo assim, tal ferramenta conceitual constitui a *grade de inteligibilidade* em que as instituições, as políticas, as normas, os cálculos, enfim, os distintos discursos que operam sobre as coisas se estabelecem, constituindo verdades sobre elas. A governamentalidade, portanto, é a própria grade que vai caracterizar as condições de vida do presente, a partir da noção da emergência da razão de Estado. Diferentes pesquisadores¹⁹ que utilizam a perspectiva foucaultiana, ao tomarem por base os estudos do filósofo, especialmente os cursos ministrados no final da década de 1970, ao realizarem suas análises das políticas brasileiras, me possibilitam entender que a grade de inteligibilidade que nos captura e caracteriza no Brasil é a da governamentalidade neoliberal.

Mesmo que não tenha intenção de aprofundar as discussões sobre o neoliberalismo, pois fugiria ao escopo deste trabalho, o abordo rapidamente aqui. Minha intenção ao abordá-lo é de mostrar o quanto tal racionalidade implica em transformar distintas práticas em economia. Portanto, esse é um importante argumento que desenvolvo na segunda parte: no contexto atual do neoliberalismo, o investimento nos funcionários de uma instituição se torna capital.

O neoliberalismo pode ser pensado, a partir dos estudos foucaultianos, por duas tendências: a alemã e a norte-americana. Em qualquer uma das tendências, o problema parece ser como se pode ajustar o exercício global do poder político aos princípios de uma economia

¹⁸ O conceito de governamentalidade já foi amplamente trabalhado e discutido em dissertações e teses no campo da saúde e também da educação. Na saúde, cito Fortes (2013), Silva (2010), Niemeyer (2010), Cordeiro (2013) e Cicolella (2014) entre outros e, no campo da educação, cito algumas dissertações e teses que busquei na intenção de melhor compreender como a área trata tal conceito e opera com ele na intenção de problematizar os objetos de pesquisa tais como o das políticas e o da gestão educacional. As dissertações e teses que busquei na educação são: Klaus (2011); Noguera-Ramirez (2011); Lockmann (2013), Silva (2011), entre outros.

¹⁹ Cito aqui alguns deles: Noguera-Ramirez 2011; Veiga-Neto e Lopes (2013); Silva (2011), entre outros.

de mercado (FOUCAUT, 2008b). O que diferencia uma tendência da outra é enquanto o ordoliberalismo alemão estava voltado em levantar coletivamente um país arrasado pela Segunda Guerra Mundial, o neoliberalismo norte-americano se apresentava como uma alternativa de superação pela competitividade e instrumentalização dos indivíduos.

Veiga-Neto (2000, p. 198), afirma que no neoliberalismo acontece uma “reinscrição de técnicas e formas de saberes, competências, expertises, que são manejáveis por ‘expertos’ e que são úteis tanto para a expansão das formas mais avançadas do capitalismo, quanto para o governo do Estado”. Lopes e Dal’Igna (2012, p. 855), ao realizarem uma breve comparação do liberalismo e do neoliberalismo, escrevem que:

Há pelo menos duas mudanças importantes [...]. Primeiro, o liberalismo propunha que o Estado fosse regulado pela economia de mercado - livre-mercado. O neoliberalismo propõe que a livre troca seja pouco a pouco substituída pela concorrência e competição - lógica da empresa; segundo, para o liberalismo, a liberdade de mercado podia ser mantida, desde que não produzisse distorções sociais. Para o neoliberalismo, os processos sociais serão analisados sob a grade de racionalidade de mercado - todas as condutas, de certa maneira, passam a ser reguladas por essa lógica.

A arte de governar na contemporaneidade é constituída por uma racionalidade econômica que determina parte das condutas individuais e coletivas. Com isso, não quero dizer que práticas não nasçam como resistência²⁰ ao neoliberalismo, nem mesmo que não haja negação ou oposição a ele. Mas que o cálculo para obter maiores resultados com investimentos mínimos parece reinar e operar como estratégia de governamento da população.

Retomando a discussão central de minha pesquisa, a governamentalidade neoliberal, devido ao seu caráter *pervasivo*, ou seja, que se entranha na alma humana e nas instituições, acaba determinando um tipo de convivência, de colaboração e de formação profissional que se caracterizariam pela competição. Explicando melhor, quero dizer que fica evidente no material que contextualizei no subtítulo anterior, e que apresento em seguida, que a linguagem que inventou a JCI e a sua necessidade é a mesma que exerce seu domínio político e econômico sobre nós, ou seja, a da governamentalidade neoliberal. Por isso, para entendê-la em campos que não são diretamente associados à economia, como é o caso da saúde, bem como para entendê-la em espaços onde a mão do Estado é forte junto à população, como é o

²⁰ Para Michel Foucault, a resistência compõe as relações de poder, é parte irredutível do poder (FOUCAULT, 2005).

caso do Brasil, faz-se necessário operar com a ferramenta conceitual e metodológica do *governamento*. Com ela é que busco empreender os próximos esforços sobre meus materiais.

Porém, antes de adentrar nos materiais trago aqui a noção de *governamento* tomada a partir dos estudos de Veiga-Neto (2002). Para o autor, *governamento* deve ser entendido como “a questão da ação ou ato de governar” (2002, p. 19) ou relaciona-se às “ações distribuídas microscopicamente pelo tecido social” (p. 21). Portanto, se a racionalidade política que nos envolve desde uma perspectiva macro é a da governamentalidade neoliberal, se tal racionalidade é *pervasiva* ao ponto de constituir as instituições e a alma humana, então vale investigar como se estabelecem as ações de *governamento*, possibilitadas a partir da JCI. Não é meu objetivo, embora reconheça como interessante e mobilizador, olhar para os desdobramentos da JCI nas instituições hospitalares, pois, para tanto, exigiria um tempo de estudo que não possuo. Porém, é minha intenção metodológica investigar os contornos, as prescrições, as orientações, enfim, o que está escrito nas normas de Acreditação que determinam as diretrizes e os tipos de sujeitos-colaboradores “padrão JCI”.

Tomo como material de pesquisa o *Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International*, editado no mês de junho do ano de 2014. O Manual possui 319 páginas, ISBN: 978-1-59940-829-3 e pode ser encontrado na versão completa em língua portuguesa²¹ no sítio do Consórcio Brasileiro de Acreditação na internet²². Esta versão é paga e encontra-se disponível para o desenvolvimento do estudo.

Figura 1 - O preço de Acreditar

The image is a screenshot of a website page. At the top, there are logos for 'Consórcio Brasileiro de Acreditação' and 'Joint Commission International'. Below the logos is a navigation bar with tabs for 'INSTITUCIONAL', 'EDUCAÇÃO', 'ACREDITAÇÃO', and 'ENSINO E PESQUISA'. A search bar is also present. The main content area features a large image of the manual's cover, titled 'PADRÕES DE ACRIDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS'. To the right of the cover, there is a text box with the following information: 'PADRÕES DE ACRIDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA ATENÇÃO DOMICILIAR', 'Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais - Preço: R\$ 320,00', and a detailed description of the manual's content, including mentions of 'Centros Médicos Acadêmicos', 'APR', and 'MOI'. A sidebar on the right contains a menu with 'Home', 'Instituições Acreditadas', 'Manuais', and 'Contato'.

Fonte: <http://cbacred.org.br/manuais>

²¹ Chamo atenção para o fato de o Manual ser traduzido para a língua portuguesa, pois dificulta o entendimento de suas siglas. Em outras palavras, as siglas permanecem com a versão original em inglês, porém o seu significado traduzido para o português.

²² Acessível em: <http://cbacred.org.br/manuais/> Consulta em 15 de julho de 2015.

Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2015), o *Manual Internacional JCI de Padrões de Acreditação Hospitalar* é o instrumento utilizado pela *Joint Commission*, para a Acreditação Hospitalar. Neste Manual, existem cerca de quinhentos padrões que devem ser avaliados nas auditorias de certificação. Os padrões estão agrupados em quatro sessões assim organizadas:

Quadro 1- Seções do Manual de Padrões 5ª edição

Seção I	Exigências para participação na acreditação
Seção II	Padrões centrados no paciente
Seção III	Padrões de gestão da instituição de saúde
Seção IV	Programas de pesquisa envolvendo seres humanos

Fonte: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2014.

As seções focalizam requisitos para a qualidade da assistência e para um ambiente seguro aos usuários, acompanhantes e profissionais (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014).

Para facilitar a compreensão do leitor quanto ao formato prescritivo da JCI e tornar meu material de análise mais visível, no quadro abaixo faço uma breve descrição de cada seção contemplada na 5ª edição do *Manual de Padrões de Acreditação*.

Quadro 2 - Coluna Dorsal do Manual de Acreditação da JCI

Seção I: Exigências para Participação na Acreditação		
1	Exigências para Participação na Acreditação (APR)	Neste capítulo são trabalhadas as exigências, bases lógicas, métodos de avaliação e consequências da não conformidade.
Seção II: Padrões Centrados no Paciente		
1	Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG)	As metas contempladas nesta quinta edição são: 1 ²³ Identificar corretamente os pacientes; 2 Melhorar a eficácia da comunicação; 3 Melhorar a segurança de medicamentos de alerta alto; 4 Garantir o

²³ As Metas Internacionais de Segurança estão e são dispostas em números, pois faz parte do método preconizado pela *Joint Commission International*. Tais numerações, juntamente com seus conceitos, devem ser memorizadas por toda a equipe uma vez que, no momento de auditorias avaliativas, sejam elas internas ou externas, qualquer membro pode ser questionado e o não conhecimento pode conferir à equipe o não atingimento da meta, colocando em risco a certificação hospitalar.

		local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; 5 Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados médicos; e 6 Reduzir os danos aos pacientes resultantes de queda. Os hospitais acreditados ou os que buscam a acreditação devem atingir metas estabelecidas pelos padrões da JCI. As metas são anuais e o não atingimento pode levar a perda ou não acreditação.
2	Acesso e Continuidade dos Cuidados (ACC)	Descreve processos capazes de garantir o adequado e contínuo acesso dos usuários ao hospital; triagem para internação no hospital; a adequada admissão do usuário segundo suas necessidades e a oferta de serviços da instituição; continuidade dos cuidados; a sistematização das rotinas e procedimentos voltados a assegurar o adequado gerenciamento dos processos de referência, contra-referência, transferências internas e externas, alta hospitalar e acompanhamento.
3	Direito do Paciente e Familiares (PFR)	Aborda os processos para identificar, proteger e promover os direitos do usuário. Consentimento geral para o tratamento; consentimento informado do paciente; doações de órgãos.
4	Avaliação dos Pacientes (AOP)	Aborda a sistematização dos processos de avaliação inicial do usuário e das políticas e procedimentos para a adequada operacionalização dos serviços diagnósticos por imagem. Serviços laboratoriais; serviços de banco de sangue e / ou de transfusão; serviços de radiologia e diagnóstico por imagem.
5	Cuidados aos Pacientes (COP)	Aborda as políticas e procedimentos que estabelecem o processo de planejamento da assistência ao usuário. Prestação de cuidados a todos os pacientes; cuidados aos pacientes de alto risco e disponibilização de serviços de alto risco; reconhecimento na mudança da condição do paciente; serviços de ressuscitação; alimentação e terapia nutricional; gerenciamento da dor; cuidado aos pacientes em final de vida; programas de transplante que utilizam órgãos de doadores vivos.
6	Anestesia e Cuidados Cirúrgicos (ASC)	Organização e gestão; cuidados de sedação; cuidados anestésicos, cuidados cirúrgicos.
7	Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU)	Organização e gerenciamento; seleção e aquisição; armazenamento; prescrição e

		transcrição; preparo e dispensação; administração; monitoramento.
8	Educação de Pacientes e Familiares (PFE)	Abrange a definição e a aplicação de processos educacionais para usuários e familiares, segundo as necessidades identificadas e o perfil de atividades realizadas no hospital.
Seção III: Padrões de Gestão da Instituição de Saúde		
1	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS)	Gestão de qualidade e atividades de segurança do paciente e; alcançando e sustentando as melhorias.
2	Prevenção e Controle de Infecções (PCI)	Aborda a implementação de políticas e procedimentos voltados a vigilância, prevenção e controle de infecção hospitalar.
3	Governo, Liderança e Direção (GLD)	Abrange a implementação de políticas e procedimentos capazes de configurar os modelos e os métodos de gestão da instituição; o planejamento estratégico e o plano diretor; a discussão e a definição dos processos de planejamento, controle e gestão com lideranças ²⁴ ; a implementação da estrutura hierárquica administrativa com a definição das responsabilidades e o gerenciamento efetivo dos serviços. Portanto, abrange governo do hospital; responsabilidades dos diretores gerais; responsabilidades da liderança do hospital; liderança do hospital para qualidade e segurança do paciente; liderança do hospital nos contratos; lideranças nas decisões do recurso; organização e responsabilidades do corpo clínico; direção de departamentos e serviços do hospital; ética organizacional e clínica; educação profissional em saúde e pesquisa envolvendo seres humanos e; pesquisa envolvendo seres humanos.

²⁴ Em todos os padrões GLD, o termo liderança é utilizado para indicar que um grupo de líderes é responsável coletivamente pelas expectativas descritas no padrão. Na quinta edição do Manual, os padrões são agrupados usando a hierarquia de liderança em níveis. Onde o Nível I: Governo pode ter muitas configurações como um grupo de indivíduos (como um conselho comunitário), um ou mais proprietários individuais ou, no caso de hospitais públicos, o Ministério da Saúde. Qualquer indivíduo, entidade, ou grupo responsável pelos requisitos encontrados em GLD é considerado o governo do hospital. Nível II: Diretor Geral, o cargo executivo mais sênior do Hospital, geralmente denominado direto geral, é ocupado por um ou mais indivíduos selecionados pelo governo para gerenciar a organização diariamente. Esse cargo é geralmente ocupado por um médico, administrador ou ambos trabalhando em conjunto. Em centros médicos acadêmicos, o Diretor da Faculdade de Medicina pode estar nesse nível executivo no hospital. Nível III: Liderança do Hospital, os padrões atribuem à liderança do hospital diversas responsabilidades com o intuito de orientar de forma colaborativa o hospital no cumprimento de sua missão. Mais frequentemente, a liderança do hospital consiste em um diretor médico que representa o corpo médico do hospital, um diretor de enfermagem que representa todos os níveis de enfermagem do hospital. Em hospitais maiores, com estruturas organizacionais diferentes, como divisões, a liderança do hospital pode incluir os líderes dessas divisões. Nível IV: Líderes de Departamento/Serviço são designados para prestação diária eficaz e eficiente de serviços clínicos e o gerenciamento da instituição.

4	Gerenciamento e Segurança das Instalações (FMS)	Discute o planejamento e programas voltados para estrutura predial e componentes físico-estruturais dos serviços, a implementação de processos voltados para o efetivo gerenciamento das estruturas prediais, sistemas de emergências, etc. Focaliza ainda na capacitação da equipe para atuar de forma segura no hospital e em situações de emergência. Seus padrões abrangem liderança e planejamento; materiais perigosos; preparação para desastres; segurança contra incêndio; monitoramento do programa de gerenciamento das instalações; educação dos profissionais.
5	Educação e Qualificação de Profissionais (SQE)	Abrange a implementação de processos para garantir o cumprimento da regulação nessa área e a qualificação dos profissionais. Seus padrões, propósitos e elementos de mensuração abrangem planejamento; determinação de membros do corpo médico; a atribuição de privilégios clínicos do corpo médico; monitoramento e avaliação contínuos dos membros do corpo clínico médico; reavaliação do corpo médico e renovação de privilégios clínicos; corpo de enfermagem e; outros profissionais da saúde.
6	Gestão de Informações (MOI)	Aborda os processos para configurar o modelo e o formato do sistema de informação da instituição, a sistematização de procedimentos para criação e manutenção de requisitos de segurança, confiabilidade e integridade das informações; a implementação de políticas e procedimentos para identificar e garantir a adequada manutenção do formato e do conteúdo dos prontuários; e a definição e sistematização dos métodos e processo de gestão da informação necessários ao suporte das atividades clínicas e gerenciais.
Seção IV: Padrões para Hospitais que são Centros Acadêmicos		
1	Educação do Profissional Médico (MPE)	Abrangem em seus padrões, propósitos e elementos de mensuração que os responsáveis pelo governo e liderança do hospital aprovam e monitoram a participação do hospital na oferta de educação médica.
2	Programas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (HRP)	Pesquisas envolvendo seres humanos são um desafio complexo e significativo para um hospital. A liderança reconhece os níveis de comprometimento e envolvimento pessoal exigidos para o avanço de pesquisas

		científicas no contexto de proteger os pacientes para com os quais assumiram o compromisso de diagnosticar e tratar.
--	--	--

Fonte: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2014.

Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2014), o Manual de Padrões Internacionais reafirma a missão da JCI de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente em todo o mundo. Seus padrões são internacionais no que diz respeito ao seu desenvolvimento e revisão. O desenvolvimento contém os padrões, propósitos e elementos de mensuração da *Joint Commission International* para hospitais, incluindo os requisitos centrados no paciente e na instituição nas seguintes categorias: metas internacionais de segurança do paciente; acesso ao cuidado e à continuidade do cuidado; direitos dos pacientes e familiares; avaliação dos pacientes, cuidados aos pacientes, anestesia e cirurgia; gerenciamento e uso de medicamentos; educação de pacientes e familiares; prevenção e controle de infecções; governo liderança e direção; gerenciamento e segurança das instalações; educação e qualificação de profissionais; gerenciamento da comunicação e informação. Incluindo também uma introdução, que pode ser utilizada como guia do usuário, uma lista completa das políticas e procedimentos da JCI, um glossário de termos chave e um índice detalhado.

Portanto, o Manual da JCI para hospitais é um artefato criado para normatizar, orientar e regular as práticas hospitalares visando à criação de “nova cultura” dentro das instituições, formulando um discurso científico capaz de justificar e convencer aqueles que atuam no hospital, sobre a qualidade de serviços coma adoção dos padrões JCI. Destaco, na apresentação do material, a setorialização, os detalhes de acompanhamento e os investimentos na educação e qualificação dos profissionais. Tais investimentos são, para mim, uma das maiores dificuldades assumidas pelo hospital, pois não basta capacitar o pessoal nas novas práticas, é necessário mudar a cultura do trabalho para que distintos resultados sejam apresentados. Aprofundarei essa referência a uma “mudança da cultura” ou o que chamarei de *éthos* hospitalar, nas minhas análises.

A partir daquilo que me chama a atenção pela recorrência com que aparecem, dedico-me à análise das enunciações referentes à educação das equipes. Pelo destaque a esse tema, realço nesta apresentação de meu material, a parte voltada à educação. Assim, dou evidência para o capítulo 3 do documento, pois ele versa sobre a Educação e Qualificação de Profissionais (SQE). Como já mencionado anteriormente, não tenho o objetivo de desdobrar padrões de qualidade, mas dar visibilidade para enunciações que chamam a atenção referente

ao planejamento administrativo, formação, treinamento e capacitação dos colaboradores e também referente ao deslocamento funcionário para colaborador.

Ao dar-me conta da potência dos discursos educacionais na relação com os discursos empresariais, bem como ao perceber que todos estão de forma imanente presentes nas práticas articuladas pela Norma de Acreditação da JCI, consegui melhor definir os contornos de minha investigação. Enfim, após investimentos em leituras que estarão explicitadas ao longo da dissertação, em inúmeras entradas, extrações e reagrupamentos de excertos do material de pesquisa, elaborei dois grupos de análise: os investimentos na formação dos profissionais e a constituição de outro éthos hospitalar.

A escolha de um método de trabalho aponta o caminho a ser percorrido e interfere diretamente nos resultados alcançados no final do percurso. Certamente, esta escolha não é feita ao acaso, mas trata-se de uma escolha interessada que fazemos, por acreditar que, através de determinado caminho, conseguiremos desenvolver determinadas reflexões. Os caminhos são produzidos constantemente e marcados pela determinação de seguir em frente (BAUMAN, 1999).

Embora bastante densas, escolhi as teorizações de Foucault buscando trilhar diferentes caminhos que me levassem a visibilizações de espaços cotidianos e produção de significados distintos daqueles que vem nos aprisionando em uma concepção unitária do mundo e da vida.

Segundo Costa (2002), as décadas que demarcam este milênio registram transformações cruciais nas visões de mundo até meados deste século e, para caracterizar este momento, tem sido utilizada a expressão “crise de paradigmas”²⁵. Como estamos imersos em tal crise, parece impossível não reconhecer que enfrentamos, nos últimos 20 anos, um questionamento radical das concepções epistemológicas norteadoras da produção de conhecimento nos campos sociais, de educação e de saúde entre outros. Ainda que em número reduzido, pesquisadores envolvidos com processos investigativos que tentam superar as limitações impostas pelo formalismo metodológico impresso pela ciência moderna começam

²⁵ Paradigma é nesta ótica entendido como modelo, mas no sentido de uma aquisição a que se chega no processo de desenvolvimento de uma ciência, e que, simultaneamente, inclui uma teoria e aplicações dela aos resultados das experiências e das observações. O paradigma representa um padrão a ser seguido no âmbito científico ou social. Na comunidade científica, inclui crenças, valores, técnicas e teorias partilhadas, sendo influenciado pelos fatores culturais, políticos, econômicos e sociais vigentes. Portanto, a forma como um cientista vê um aspecto de seu mundo orienta o paradigma em que está trabalhando, e vice-versa, consubstanciando-se em critério de julgamento daquilo que é verdadeiro e real. Tendo uma vigência conjuntural, os paradigmas são postos de lado e substituídos por outros, muitas vezes incompatíveis com eles, em um complexo jogo de tensões peculiar ao processo de desenvolvimento científico como tal (SANTOS et al., 2011).

a dar visibilidade a pesquisas em que a produção de conhecimento é concebida como construção coletiva, prática social, processo histórico em oposição a uma visão de ciência assegurada em supostos e interessados atributos de neutralidade, objetividade e assepsia conceitual.

Roberto Machado (1979), na introdução à *Microfísica do Poder*, aponta que Foucault, em sua arqueologia, tentou fazer uma história do saber cujo objetivo é neutralizar a ideia de que a ciência seria um conhecimento que vence as limitações de suas condições particulares de existência, instalando-se na neutralidade objetiva do universal e da ideologia, um conhecimento em que o sujeito tem sua relação com a verdade. Assim, para Foucault, todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber.

Sandra Mara Corazza (2002) reporta o processo metodológico como uma *alquimia* que rompe com as orientações metodológicas formalizadas pela academia, especialmente nos cursos de pós-graduação, cuja direção costuma ser a das abordagens classificatórias em que cada método vem apresentado em estado puro. Ou seja, descrito em seus elementos constitutivos, tais como: problema, metodologia, instrumentos e análise de dados, de maneira que fique bem claro o que se pesquisa, por acreditar que existe uma “natureza de pesquisa”. Ao incorporarmos as contribuições dos Estudos Culturais, não é que queiramos fazer e ser diferentes pelo prazer de nos *desidentificar* daqueles que, para nós, fazem e são continuamente iguais. A questão que está colocada pelas condições históricas de possibilidades dos tempos de agora, é que não podemos mais ficar trabalhando com um método único em nome do rigor metodológico excludente da modernidade, não podemos mais ignorar que dispomos de métodos múltiplos, com os quais precisamos entabular negociações complexas, aos quais tem sido atribuído legitimidade, não sem luta e exclusões.

Desta forma, penso que essa escolha metodológica é sempre complicada e por vezes nos sentimos muito solitários. Temos uma caixa de ferramentas onde cada prática de pesquisa é uma linguagem, um discurso, uma prática discursiva, que está assinalada pela formação histórica em que foi constituída. Formação histórica esta que, marca o lugar discursivo de onde saímos, falamos e pensamos; de onde somos falados e pensados; de onde descrevemos e classificamos a realidade. Como aquilo que nos cerca e nos constitui, que para nós desenha a questão a ser investigada (CORAZZA, 2002).

O que eu quero dizer sobre tudo isso é que, através das reflexões pós-modernas, não existe uma verdade absoluta, existem possibilidades de leitura. Neste sentido, vejo a

importante contribuição de Michel Foucault que desconsidera a distinção entre ciência e ideologia.

Segundo Veiga-Neto e Lopes (2007), a compreensão do método em pesquisa de inspiração foucaultiana envolve admitirmos que só poderemos utilizar esse autor, quando nosso objetivo não for formular conceitos, ou atingir verdades já existentes, mas sim quando objetivamos operar sobre documentos para interrogar o encadeamento de acontecimentos em determinados espaços, atrelados a determinadas histórias.

O método neste trabalho não é entendido com o sentido que a ciência tem atribuído a esta palavra, e sim como algo mais flexível, como uma das possíveis formas de pensamento, de leitura e análise (SILVA, 2010).

Gostaria de deixar claro que meu objetivo ao analisar este documento não é fazer nenhum juízo de valor, colocar em cheque as ideias ali contidas, tampouco provar sua veracidade ou falsidade. O documento produz e veicula discursos que tem importância para quem atua no hospital o que me permite transitar entre os enunciados, utilizando as ferramentas disponibilizadas pelo referencial a que me inscrevo. Portanto, as publicações utilizadas para a análise textual serão respeitadas em seus aspectos éticos, pois o enfoque não será em quem assina tal discurso. Em outras palavras, quem escreve sobre tal tema, está autorizado a fazê-lo, porque ocupa um local e uma posição social determinada. Assim, a sua voz não lhe pertence, suas palavras não são suas, suas verdades não são suas, e a identidade construída pertence ao local, onde se permite pronunciar tais enunciados (DALLEGRAVE, 2008).

Cabe reiterar que investigar, a partir da superfície dos materiais, considerando os estudos foucaultianos, implica em tomar como ponto de partida as práticas sociais de um determinado tempo. Tomam-se as coisas ditas e escritas como espaços de enunciabilidade e de visibilidade (DELEUZE, 2006).

A leitura dos textos deve levar em consideração que os mesmos constituem uma trama histórica que tem um do jogo político com determinadas condições. Assim, o Manual de Acreditação da *Joint Commission International* será posicionado como campo de visibilidades das pautas sociais de um determinado tempo.

3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL: um *éthos* hospitalar contemporâneo

Início este capítulo questionando como o sistema de gestão da Acreditação da JCI se articula ou se desenvolve a ponto de criar ou promover o que tem sido chamado de “mudança de cultura” dentro das instituições hospitalares? Tal feito, ou meta, tem mobilizado a comunidade hospitalar e exigido da mesma não somente uma nova compreensão de seu trabalho através da ampliação de seus conhecimentos, mas também um novo *éthos* profissional. Por *éthos* profissional, inspirada em Foucault (2000), compreendo um “modo de relação que concerne à atualidade; uma escolha voluntária que é feita por alguns; enfim, uma maneira de pensar e de sentir, uma maneira também de agir e de se conduzir que, tudo ao mesmo tempo marca uma pertinência e se apresenta como uma tarefa” (FOUCAULT, 2000, p. 341-342). Uma tarefa que se impõe localmente, mas que, pelos resultados obtidos a partir de definições de metas, tende a se expandir para além dos hospitais privados, abarcando as instituições públicas, cada vez mais mobilizadas por padrões métricos internacionais. Portanto, trata-se de outra forma de pensar e de fazer a saúde brasileira acontecer, passando por processos, entre outros, de educação profissional daqueles que atuam nas instituições hospitalares.

Dentro dessa atmosfera, enunciada rapidamente acima, o que me interessa é analisar como estão postas, no Manual da JCI, enunciações que dão visibilidade aos discursos educacionais, trazidos sob forma de prescrição para o alcance de metas através da formação dos colaboradores. Para tanto, parto de uma base de dados constituída pelas normas de Acreditação Hospitalar desenvolvidos pela *Joint Commission Internacional*, com o objetivo de atingir padrões diferenciados de qualidade nos serviços hospitalares. Desenvolvo tal tema tornando visíveis alguns discursos que, ao constituírem práticas de gestão hospitalar, promovem formas distintas de relação entre a empresa hospitalar e seus funcionários²⁶. Para tanto, proponho um exercício analítico de estranhamento dos discursos em que me encontro imersa. Ao fazer isso, procuro verdades que circulam no cotidiano e que poderiam criar as condições para nova cultura hospitalar ou como denominei neste trabalho, um novo *éthos* hospitalar. Isso significa, de acordo com discursos empresariais recorrentes no campo da saúde, uma cultura mais empreendedora, mais econômica, mais competitiva, mais eficiente e de qualidade.

²⁶ Utilizo a noção de hospital como empresa e de funcionários porque estou me referindo às formas de nomear tanto a instituição quanto aqueles que atuam nela usadas na JCI.

3.1 UM NOVO ETHOS HOSPITALAR

Figura 2 - A Gestão da Qualidade e Segurança pela Acreditação Internacional



Fonte: <http://www.rdcconsultoria.com.br>

Início a discussão trazendo esta vinheta retirada de material de aula realizada pela Superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação/*Joint Commission International*, Maria Manuela Santos. Nesta aula, a autora fala sobre a *Gestão da Qualidade e Segurança pela Acreditação Internacional* e traz além das questões históricas da evolução da JCI, os países e instituições já acreditados, a estrutura da JCI, os associados efetivos que dela fazem parte e a definição de Acreditação, mostrando a rede que sustenta seu principal objetivo que é melhorar a qualidade e segurança dos serviços de saúde, introduzindo uma metodologia, seus conceitos e princípios contidos no *Manual de Padrões*. Este Manual, segundo os discursos da JCI, contemplaria um conjunto de processos, capazes de dotar a instituição de saúde de ferramentas e instrumentos que possibilitariam a melhoria de desempenho de seus serviços, tendo como um dos principais ganhos e/ou benefícios a reestruturação e/ou implantação de um processo de educação e qualificação profissional. Para atingir tal objetivo, a empresa apostaria na prescrição²⁷ de educação e desenvolvimento de suas equipes ou dos sujeitos que nelas atuam. Em outras palavras, o Manual traria, sob a forma de prescrição, quesitos de educação e capacitação das equipes a serem cumpridos, caso a instituição hospitalar desejasse

²⁷ Utilizo a palavra prescrição como um padrão entendido pela JCI como uma “declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas ou processos que devem estar implementados para que uma instituição forneça cuidados, tratamentos e serviços de alta qualidade” (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 262).

o selo da qualidade. Tais exigências possibilitariam alcançar à tão ambicionada Acreditação Hospitalar, justificando os investimentos físicos, materiais e financeiros realizados e principalmente habilitar-se ao jogo competitivo de mercado.

Tal afirmação pode ser observada no excerto abaixo²⁸:

Este manual de padrões internacionais pode ser usado para orientar a gestão eficiente e eficaz de uma instituição de saúde; orientar a organização e a prestação de serviços de cuidados aos pacientes e os esforços para melhorar a qualidade e a eficiência desses serviços; analisar funções importantes de uma instituição de saúde; conscientizar-se dos padrões que todas as organizações devem cumprir para serem acreditadas pela JCI; revisar as expectativas de conformidade com padrões e as exigências adicionais encontradas no propósito associado; conscientizar-se sobre as políticas e procedimentos de acreditação e o processo de acreditação; e familiarizar-se com a terminologia usada no manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.2).

Neste sentido, caberia ao hospital, que entendo aqui como governo, definir os processos, garantir sua implementação, avaliar a efetividade e supervisionar se o conhecimento e as habilidades necessárias de sua equipe funcional, independentemente do cargo ocupado ou função exercida, estão satisfatórios para o alcance de metas estabelecidas pela instituição hospitalar, ou seja, para que a instituição forneça cuidados, tratamentos e serviços de alta qualidade.

O excerto acima, retirado do Manual de Padrões da JCI, nos mostra o poder conferido ao governo na condução das condutas da população para o alcance das metas de governamento e me levou a questionar como se deu historicamente o governo dos homens até chegar neste formato impresso pela JCI?

Em *Segurança, território e população*, Foucault (2008) nos mostra como o poder se organizou a partir de um poder pastoral à razão de Estado, ou seja, as práticas discursivas que constituíram as condições de possibilidade para emergência da noção moderna de Estado. Neste curso, Foucault abordou o tema do governo como arte de governar e sua inserção no campo político. Segundo Gadelha (2013), Foucault teve como objetivo tratar da *gênese de um saber político*, se ocupando com a noção de população e com as formas de regulação desta população. O curso traz uma nova leitura da biopolítica que toma como fio condutor a noção de *governo*, entendido como “tipos de racionalidade que envolvem conjuntos de procedimentos, mecanismos, táticas, saberes, técnicas e instrumentos destinados a dirigir a

²⁸ Utilizarei recuo de citação e letra em Itálico sempre que me referir a excertos retirados do Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais.

conduta dos homens” (p.120) mostrando que a *governamentalidade bipolar* tem como objeto a *população*, como saber a *economia* e como mecanismos de atuação os *dispositivos de segurança* (GADELHA, 2013, p.120).

Estas questões ficam visíveis no excerto abaixo:

O hospital usa um processo definido para garantir que o conhecimento e as habilidades do corpo clínico estejam de acordo com as necessidades dos pacientes [...] uma avaliação inicial para garantir que possam realmente assumir as responsabilidades incluídas nas descrições de cargos [...] o hospital define o processo e a frequência da avaliação contínua das capacidades dos profissionais [...] a avaliação contínua garante que o treinamento ocorra quando necessário e que o membro da equipe possa assumir responsabilidades novas ou alternadas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 210).

O pastorado, entendido como exercício do poder político, para Foucault (1997, p.81), consiste na “atividade de direção dos indivíduos ao longo de suas vidas, colocando-os sob a autoridade de um guia responsável por aquilo que lhes acontece”. Esse é um tipo de poder que se exerce sobre os indivíduos vivos, entendido como o homem, a população, ou seja, quem é governado são os indivíduos ou coletividades podendo-se dizer que o pastorado exerce um poder individualizante e totalizante. Entendo que o Manual da JCI pretende exercer um poder sobre os trabalhadores para que hajam de determinadas formas com o objetivo de conquistar o selo de Acreditação. Para tanto, o Manual refere frequentemente que as definições dos padrões são construídas a partir de necessidades e sugestões de seus clientes, como demonstra o excerto a seguir:

Nossos clientes nos disseram clara e repetidamente que desejam padrões que sejam desafiadores, alcançáveis e centrados em segurança e qualidade dos cuidados aos pacientes. Ouvimos e acreditamos que esses padrões excedem essas expectativas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. v).

Tal modo de se referir aos usuários do Manual parece revelar o desejo de responsabilizar os próprios clientes pelas propostas e prescrições nele contidas. Esta parece ser uma boa maneira de conduzir os sujeitos num processo de Acreditação, ao produzir um deslocamento do poder, que parece estar na JCI, para os clientes e os trabalhadores dos hospitais. Assim, essa transição marca a ideia de que, para bem governar, é necessário envolver os governados, de tal forma que pareça que são eles que tomam as decisões. Esta situação pode ser analisada, segundo Gadelha (2013), quando se refere aos modos de governar

e conduzir os indivíduos, destacando que podem tomar para si a tarefa de se autogovernarem e conduzirem suas vidas.

Assim, podemos entender que a emergência do Estado e o surgimento das disciplinas possibilitou desbloquear as artes de governar, pois com esse deslocamento, a arte de governar se afastou do governante e se voltou para o Estado. Sendo este entendido muito mais em termos de população do que de território (VEIGA-NETO, 1999). Foucault (2008) aponta que o desbloqueio das artes de governar foi possível, no século XVIII, com a emergência do conceito de população, propondo então o conceito de *governamentalidade* que tem a população como seu principal objetivo.

O conceito de *governamentalidade* me levou a pensar no hospital como um espaço produtivo para as ações de Estado. Este apresenta o sujeito como capaz de criar condições para que os desejos do Estado se materializem. Portanto, investir na formação de profissionais qualificados para atuarem em diferentes cargos na área hospitalar é fundamental para o alcance das metas do governo. Para tanto, parto do pressuposto de que não basta equipar os hospitais com tecnologia, se os sujeitos que vão operá-las não estiverem preparados para isto, ou seja, se não estiverem educados para isso. Tal pressuposto, que soma as necessidades dos sujeitos de se conectarem com o mundo tecnológico e com os interesses empresariais num mercado competitivo, têm possibilitado ao gestor hospitalar ampliar os investimentos, tanto na compra de equipamentos, quanto na formação dos profissionais. Ao alcançar cada indivíduo e o conjunto da população, por meio de ações de educação, é possível melhorar a qualidade da assistência à saúde, mudando a vida da população. Com isto, o governo não só alcança a todos, mas também conduz a vida de todos. Deste modo, quando falo em metodologia de implantação do Programa de Acreditação da JCI através da educação dos colaboradores, entendo que a mesma funciona como uma estratégia para governar a população e regular suas condutas. Isso me conduz a questionar como se dá a modificação do modo de ser dos governados para que as instituições hospitalares alcancem suas pretensiosas metas de excelência de qualidade proposta pela *Joint Commission International*?

Parto do pensamento que, para mudar o modo de ser dos governados, seria necessário que estes passassem a agir sobre si mesmos de forma a se converterem às verdades que constituem a JCI. A partir disto, apoio-me nas discussões foucaultianas de subjetivação, buscando compreender como os indivíduos se convertem às verdades do seu tempo para mostrar algumas “práticas de si” que são capazes de converter os indivíduos para que hajam de outro modo.

Através do excerto abaixo, é possível visualizar como as formas de poder se articulam para que a Norma da JCI seja implantada dentro das instituições hospitalares:

A entidade de governo nomeia o diretor geral. O diretor geral pode nomear outras pessoas para liderança do hospital [...] é importante que a liderança do hospital seja reconhecida e envolva-se no processo de definição da missão do hospital. Com base nessa missão, a liderança do hospital trabalha de forma colaborativa para desenvolver os programas, políticas e serviços necessários para cumprir a missão (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 171).

As responsabilidades da entidade de governo ficam descritas em documentos que identificam como elas devem ser realizadas de maneira que todos atuem de acordo com os padrões preconizados pela agência acreditadora. Essa estratégica estrutura de poder composta pelas ditas "melhores e maiores" referências dentro das empresas trazem em seus discursos um regime de verdade que diz respeito à qualidade assistencial e gerenciamento do risco e ao que deve ser feito para seu alcance de modo que, o pensar diferente do que rege as cartilhas internacionais torna-se um discurso mudo, sem voz aos ouvidos de quem é conduzido a pensar na Acreditação internacional como sinônimo de sucesso em todo o mundo.

Essa questão é visualizada no excerto abaixo:

Pacientes, equipe e o público confiam que hospitais sejam locais seguros e de baixo risco. Portanto, os hospitais mantêm essa confiança com revisão e supervisão cuidadosa de práticas seguras (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.18).

Como se pode perceber, não se trata de práticas que somente submetem os indivíduos ao governo do outro, mas também à ação de si sobre si, a partir de verdades incorporadas que passam a governar o sujeito. Em outras palavras, para mudança nos comportamentos dos sujeitos, seria necessário que os mesmos estivessem convencidos das verdades que os cercam. Para tanto, os gestores responsáveis pelo processo de implementação da Acreditação em cada hospital definiriam o sujeito trabalhador pela forma de conceber sua aprendizagem e transmitir os saberes considerados desejáveis. O excerto abaixo estabelece um campo de visibilidade para esta afirmação:

Os hospitais enfrentam muitos desafios na prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade. Com avanços na tecnologia médica, as limitações financeiras e as expectativas crescentes, os dilemas éticos e as controvérsias são muito mais comuns. A liderança do hospital tem uma responsabilidade profissional e legal de criar e promover um ambiente e

uma cultura que funcionem dentro de uma estrutura ética. A estrutura ética deve ser igualmente aplicável às atividades comerciais e clínicas do hospital. A liderança do hospital deve demonstrar comportamentos éticos e desenvolver diretrizes para o desempenho e a conduta organizacional. As ações da liderança do hospital e as diretrizes do hospital de comportamento ético devem ser congruentes com a visão, missão e declarações de valor, políticas de pessoal, relatórios anuais e outros documentos do hospital (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 184).

A JCI, ao trazer o cenário da saúde, seus problemas, desafios, avanços tecnológicos, dificuldades financeiras, etc. como geradores de necessidades de comportamentos éticos e desenvolvimento de diretrizes para o desempenho e a conduta da organização hospitalar, me possibilita perceber um outro sentido que pode ser conferido aos modos de subjetivação, como o conceito relacionado à ética. Nesse conceito, Foucault (1984) destaca os modos de ação sobre si mesmo, os processos e as técnicas sobre as quais se elaboram as formas da relação consigo mesmo, os exercícios pelos quais o sujeito se constitui como objeto de conhecimento e as práticas que permitem ao sujeito transformar seu próprio ser.

Através das práticas educacionais, seria possível constituir e mediar a relação do indivíduo consigo mesmo, modificando a experiência que este tem de si. Para a problematização da noção de prática de si, me apoio em Larrosa (1994) que afirma que é possível o sujeito transformar suas experiências a partir da ação sobre si mesmo. Conforme o autor, o sujeito se produz no interior de certas práticas.

Isso pode ser visualizado no excerto abaixo:

Há um processo para garantir que os membros da equipe leiam e estejam familiarizados com as políticas, procedimentos e planos relevantes para o seu trabalho. Esse processo pode fazer parte da orientação dos membros da equipe e do seu departamento e suas responsabilidades ou pode fazer parte de sessões de treinamentos especiais em grupo ou em todo o hospital. E, o mais importante, quando uma política, procedimento ou plano são relevantes para a atribuição de um indivíduo, as ações pretendidas descritas no original são evidentes nas ações do indivíduo (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 237).

Segundo Foucault (2010), o sujeito é constituído por práticas de subjetivação onde indivíduos se transformam em sujeitos pelo saber, controle e dependência do outro, pelas relações que mantém nas práticas que constituem a sua forma de vida e pelos processos de subjetivação. As diferentes formas de subjetivação permitiriam aos sujeitos incorporarem as práticas em que estão imersos, bem como modificarem tais práticas. Portanto, é possível pensar que a instituição hospitalar, através dos prescritos do Manual da *Joint Commission*

International, contribui para a constituição da subjetividade dos trabalhadores imersos em seus discursos. Ou seja, a instituição hospitalar, além de ser interpelada pela configuração social, possui o papel de definir o sujeito estabelecendo relações de poder entre os diferentes atores sociais, planejando os modos de aprendizagem e selecionando os saberes a serem transmitidos.

Essa questão pode ser visualizada no excerto retirado do Manual no capítulo Governo Liderança e Direção (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.172):

[...] a liderança do hospital compreende a dinâmica de comunicação entre grupos profissionais, entre unidades estruturais, como departamentos, entre grupos profissionais e não profissionais, entre profissionais e a gerência, entre profissionais da saúde e as famílias, entre profissionais da saúde e organizações externas [...].

O propósito da JCI, ao garantir a comunicação eficaz no hospital, opera como uma técnica de governo. Isto pode ser visualizado no excerto acima, através das relações que se exercem sobre cada sujeito e também como as que o próprio sujeito exerce sobre si. Isto permite afirmar que o governo, ou a condução dos indivíduos dentro do hospital, é feita por um conjunto de métodos, técnicas e procedimentos dos outros e de si mesmo. Em outras palavras, o poder não pode ser exercido como pura dominação, mas sim através de relações entre indivíduos ou grupos. Ou seja, para a existência do poder, é necessário que haja liberdade. Foucault mostra que é possível o sujeito olhar para si mesmo como alguém capaz de se transformar e se modificar, ocupando outra posição de sujeito. Nos cursos *Segurança, Território e População* (1977-1978) e *Nascimento da Biopolítica* (1978-1979), onde Foucault desenvolve o conceito de governamentalidade, é possível pensar em um sujeito que faz valer a liberdade. Ou seja, para a existência do poder, é necessário que haja liberdade.

Ao conhecer e cruzar as técnicas de poder ou dominação e as técnicas de si, pude compreender como os profissionais dentro das instituições hospitalares se curvam às práticas da JCI, tomando-as como uma verdade capaz de mudar o comportamento dos envolvidos e o ambiente onde trabalham, o que chamei de novo éthos hospitalar. Portanto, buscar pelas técnicas de poder que definem normas e prescrições que determinam práticas de ensino sobre os colaboradores do hospital e buscar pelas técnicas de si que definem os modos de operação do sujeito consigo mesmo permite entender os mecanismos que operam sobre o indivíduo para que ele se torne um facilitador da JCI, convencido da eficiência e adequação dessa modalidade de gestão para nosso tempo.

A segurança e a qualidade prosperam em um ambiente que apoie o trabalho em equipe e respeito pelas outras pessoas, independente do seu cargo no hospital [...]. As características principais de um programa de cultura de segurança incluem reconhecimento da natureza de alto risco das atividades de um hospital e determinação para alcançar operações consistentemente seguras; em ambiente no qual indivíduos possam relatar erros ou quase falhas sem medo de reprimenda ou punição; incentivo a colaboração em todos os escalões e disciplinas para buscar soluções para os problemas de segurança de pacientes; e comprometimento organizacional de recursos, como tempo dos profissionais, formação, um método seguro para relatar problemas e similares, para lidar com preocupações de segurança (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.185).

Conforme Foucault (2011), as técnicas de si permitem aos indivíduos realizarem operações sobre seus próprios corpos, pensamentos e condutas de maneira a modificarem a si mesmos e a atingirem um certo estado de felicidade. Em outras palavras, as técnicas de si funcionam como uma ação reflexiva do sujeito consigo mesmo, transformando em algo diferente do que ele era. As formas do sujeito olhar para si mesmo e se transformar não se dão de forma tranquila, exigem do gestor uma reflexão constante sobre si mesmo e sobre o exercício da condução das condutas do corpo funcional. Penso nesse processo de reflexão como uma tensão que leva o sujeito a produzir outros modos de subjetivação, transformando a si mesmo e aos outros.

O modo de subjetivação dos trabalhadores do hospital estaria balizado por dispositivos, constituídos de acordo com a história, e que podem se desfazer e se transformar na medida em que novas práticas de subjetivação se produzem. A Norma da *Joint Commission International* seria um dispositivo que visa a subjetivação orientada por regimes de visibilidade, enunciações e sansão normalizadora que organiza formas de agir e pensar sobre nós mesmos e sobre o trabalho que fazemos. Dessa forma, este sujeito representaria um dos modos de subjetivação construído a partir de fluxos discursivos e práticas sociais (LARROSA, 2000).

Para uma visualização mais prática e talvez mais clara das questões de subjetivação, utilizo a tese de doutorado de Manzo (2013) que versa sobre a prática do processo de implementação de Acreditação em um hospital de Belo Horizonte. Segundo a autora, a implantação do processo de Acreditação foi imposta verticalmente na cadeia de comando, restando aos subordinados o cumprimento da exigência. A ordem inicial vinda da direção executiva do hospital estabelecia que, em um ano, todos os funcionários deveriam se adequar às novas condutas e normas adotadas pela instituição e se apropriarem do conhecimento do Manual de Acreditação, deixando para traz hábitos adquiridos ao longo do exercício de suas

profissões. Diante de tal cenário, a autora destaca que a busca da Acreditação se deu de forma muito difícil e tortuosa, principalmente no que dizia respeito ao repasse de informações e sensibilização dos funcionários para o novo modelo de trabalho. Inicialmente, as pessoas tinham muito medo de errar e serem responsáveis pelo fracasso do projeto.

Conforme excerto abaixo, Manzo (2013, p. 96) relata que:

[...] o processo, na visão da coordenação, tinha inicialmente, o teor de punição, mas com o passar das auditorias essa impressão foi alterada [...] o processo deixou de ser algo punitivo na visão do funcionário por dois motivos [...] as pessoas amadureceram e incorporaram a filosofia da acreditação; e o segundo o hospital, habitualmente, passou a receber o título e os funcionários não precisavam ser punidos, já que o título é um resultado certo [...].

Neste excerto acima é possível perceber a ação reflexiva do ser consigo. A uniformização das práticas e condutas, através da padronização dos procedimentos e normas a serem seguidas, aos poucos foram sendo naturalizados e entendidos como ferramentas indispensáveis para a gestão da qualidade. Segundo a autora, com o passar do tempo, do contato dos profissionais com o método, das capacitações e treinamentos, seus discursos foram se modificando e perceberam a sua produtividade para a qualidade do atendimento ao paciente.

Através do exposto, é possível perceber como as políticas operam sobre as vidas da população com o intuito de gerenciar os riscos sociais produzidos por grupos específicos. Portanto, investir, educar e assistir poderiam ser entendidos como formas de governmentação que impõe determinados comportamentos aos sujeitos, exigindo uma espécie de autodesenvolvimento e autoculpabilização que encenam a produção de algum tipo de subjetividade (LAZARATTO, 2011). Subjetividade esta que se encontra em estreita relação com a racionalidade neoliberal por colocar os indivíduos em permanente competição consigo mesmos e com os outros.

3.2 O COLABORADOR COMO EMPRESÁRIO DE SI

Na seção anterior, apresentei algumas práticas discursivas da JCI para mostrar como se daria o governo dos homens através de técnicas de subjetivação. Agora, partindo do pensamento de que a Norma da Acreditação seria uma possibilidade de educar e de incluir a todos em uma lógica neoliberal, busco analisar como se dá a formação dos profissionais dentro das instituições hospitalares.

Talvez, para decepção de alguns leitores e motivo de crítica para outros tantos, antes de dar continuidade à problematização da educação dos colaboradores, desejo esclarecer uma questão que considero importante. Ao analisar a formação dos profissionais dentro de tais instituições hospitalares, não tenciono saber como se dá metodologicamente, pontos positivos ou falhas de processos no cotidiano, tampouco dizer se tal mudança seria positiva ou negativa. Mas desejo dar visibilidade ao modo como se estabeleceu tal prática discursiva. Para tanto, penso que a dimensão educacional das práticas hospitalares tem chamado a atenção e exigido recursos para que sejam desenvolvidas nos contextos hospitalares, especialmente a formação dos colaboradores para um melhor atendimento aos pacientes e a otimização dos serviços e recursos ofertados pela instituição. Tais práticas visam à formação de uma nova postura capaz de os tornarem diferenciados no trato com pacientes, bem como atualizados em seus conhecimentos técnicos, o que atrairia novos investimentos. Na esteira de Noguera-Ramirez (2011), cada vez mais a educação, nesse caso a formação dos funcionários que atuam no hospital, passa a ser assumida pelas distintas instâncias sociais, conformando parte do que o autor denomina de *sociedade educadora*. Isso está evidenciado no excerto abaixo:

Cada membro da equipe recebe educação e treinamento contínuos em serviço para manter e aprimorar suas habilidades e conhecimento (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 212).

Com isso, é possível ler que mesmo ultrapassando os cursos de formação de enfermagem ou de outros profissionais da saúde, o hospital cada vez mais se encarrega de formar seus próprios funcionários, constituindo *capital humano* de qualidade e capaz de fazer a diferença na instituição onde atua. Por *capital humano* entendo, baseada em uma visão norte-americana, um tipo de governamentalidade neoliberal, uma relação onde se reconhece nos indivíduos “um dom natural genético e um conjunto adquirido de capacidades produzidas, como resultado do investimento provado na educação e em recursos culturais similares” (PETERS, 2002, p. 221). Também entendo que capital humano pressupõe a capitalização econômica dos indivíduos por meio de investimento na ampliação de suas competências técnicas e de conhecimento.

O Manual da JCI aponta que:

[...] o hospital determina quais profissionais, como o corpo de profissional de saúde, deve obter formação profissional continuada para manter suas credenciais e como a formação desses profissionais será monitorada e

documentada (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 212-213).

Portanto, investir na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que são atendidos no hospital está associado diretamente a investir na qualidade técnica e de conhecimentos daqueles que os atendem. Investir na ampliação das competências dos funcionários é uma variável importante para que o hospital se mantenha dentro de um jogo econômico competitivo. No excerto abaixo, Rech (2015, p. 157) aponta que:

O neoliberalismo, pensado não só como um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas, mas como uma forma de vida, dentre vários aspectos, visa à competitividade e à - diminuição do Estado. Ele repassa a cada indivíduo a responsabilidade pela busca de alternativas que permitam a sua inserção na lógica do consumo e, com isso, objetiva o fortalecimento do mercado através do estímulo à competição.

A autora assinala que a preparação/inserção deste profissional no mercado de trabalho alimenta a racionalidade neoliberal contribuindo para que a economia não perca força e movimento. Nessa lógica competitiva, caberia ao hospital, muito mais do que empregar, aprender a ensinar.

O excerto abaixo refere que:

Para manter um desempenho aceitável da equipe, ensinar habilidades novas e oferecer treinamento em novas tecnologias médicas e novos procedimentos, o hospital fornece e providencia instalações, professores e tempo para formação profissional contínua em serviço e de outro tipo (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 213).

Esta prescrição do Manual nos possibilita entender que a qualidade dos serviços passa a ser avaliada, considerando indicadores de investimento em capacitação do quadro profissional, em recursos tecnológicos, em melhoria do espaço e do atendimento, entre outras variáveis. O custo do investimento nas condições humanas passa a ser investimento nos serviços hospitalares prestados. A organização dos recursos se amplifica e se intensifica mediante diferentes investimentos institucionais realizados. A competição entre empresas gera a expectativa do retorno dos investimentos realizados. Conforme Silva (2011, p. 125),

Ao produto destes investimentos, a Escola de Chicago nomeará como 'capital humano'. A constituição desse capital atuaria em pelo menos três níveis: no âmbito da "aptidão empreendedora [...], no entendimento de que investir em rendas futuras [...] e, por fim, na compreensão de que investir em

aptidões humanas é vetor de desenvolvimento regional [...]. Seguindo esse itinerário explicativo proposto pela Escola de Chicago, a promoção de capital humano dar-se-ia em três níveis, a saber: individual (potencial), empresarial e nacional.

Assim, podemos entender que a maquinaria da saúde, em especial, a engrenagem da instituição hospitalar, ao se movimentar dentro de tal cenário político e econômico, cada vez mais se articula com práticas da educação, ou seja, desenvolve constantemente a formação e a atualização das competências de suas equipes. Tal movimento fica evidenciado nas prescrições do Manual da JCI, quando estabelecem o que deve ser feito para que determinadas metas sejam alcançadas.

A avaliação contínua garante que o treinamento ocorra quando necessário e que o membro da equipe possa assumir responsabilidades novas ou alteradas. Embora tal avaliação seja mais bem realizada de uma maneira contínua, há pelo menos uma avaliação documentada de cada membro de corpo clínico que trabalha com uma descrição de cargo todos os anos (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 110).

Desta forma, interessa cada vez mais para a maquinaria da saúde, especialmente para os hospitais, investir em si mesmo por meio da formação de ativos humanos, além dos investimentos materiais. Nos dias de hoje, a formação básica que confere a profissionalização não é mais suficiente para capacitar o trabalhador. Há uma exigência constante gerada pelas contingências dos atendimentos ofertados, bem como pela própria concorrência estabelecida entre instituições. Nessa perspectiva, mesmo que a instituição hospitalar não tivesse a função de formar quadros profissionais, nem mesmo de fazer a formação de suas equipes, investir nessas questões passou a ser uma necessidade que agrega valor à instituição e aos sujeitos que delas usufruem. Conforme Schultz (1967, p. 14), o valor agregado com a formação constitui-se em um investimento institucional, isso implica entender que os “lucros compõem-se de satisfações – um componente do consumidor – e de capacidades adquiridas – um componente do produtor”. Para além de capital financeiro, produz-se capital humano. Está no *capital humano*, desenvolvido na instituição hospitalar, boa parte da responsabilidade pela satisfação daqueles que usam os serviços do hospital.

Nas palavras de Lazzarato (2006), a empresa, aqui entendida como o hospital, não deveria criar um mundo somente para o consumidor, entendido como paciente, mas também para o trabalhador. Na contemporaneidade, trabalhar em uma empresa significa pertencer,

aderir a este mundo, aos seus desejos e às suas crenças. Para tanto, se faz necessário investir em si mesmo para manter-se no jogo competitivo.

A empresa que produz um serviço ou uma mercadoria cria um mundo. Nessa lógica, o serviço ou o produto - da mesma maneira que o consumidor e o produtor - devem corresponder a este mundo. Este último precisa estar inserido nas almas e nos corpos dos trabalhadores e dos consumidores. Tal inserção se faz através de técnicas que não são mais exclusivamente disciplinares. No capitalismo contemporâneo, a empresa não existe fora do produtor e do consumidor que a representam. O mundo da empresa, sua objetividade, sua realidade, confunde-se com as relações que a empresa, os trabalhadores e os consumidores mantêm entre si. Trata-se então de tentar estabelecer correspondências, entrelaçamentos, acoplamentos entre mônadas (consumidor e trabalhador) e mundo (a empresa) (LAZZARATO, 2006, p.99).

A racionalidade governamental neoliberal se impõe aos serviços de saúde e esses aos seus funcionários, conduzindo-os a produzirem e a gerenciarem seus próprios talentos, mantendo-se como alvos de interesses empresariais. Tal racionalidade tem produzido diferentes modos de pensar a saúde desde a perspectiva do hospital. Os hospitais têm sido vistos como empresas preocupadas com seu posicionamento no mercado. Assim, discursos gerenciais e administrativos circulam nos hospitais, do mesmo modo como circulam no mercado. Nesses discursos, destacam-se a qualidade de vida e de saúde da população. Também é possível ler nas Normas de Acreditação da JCI que a atenção à saúde no Brasil passa em grande parte, pelo princípio das relações de mercado:

A estrutura apoia os profissionais de saúde do hospital, outros funcionários e pacientes e familiares quando confrontados por dilemas [...]. Esse apoio está prontamente disponível e inclui recursos e treinamento [...] para os profissionais de saúde e outros profissionais (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 184).

A ampla circulação de informações sobre saúde e sobre as doenças que, raras ou não, podem ameaçar indivíduos de forma isolada ou todo o conjunto da população tem caracterizado o modo como os indivíduos regulam sua vida e o cuidado com sua saúde. Isto tem exigido mudanças na atuação das equipes de atendimento junto ao paciente, cada vez mais conhecedor de sua situação de saúde e consciente de seus direitos. O excerto abaixo demonstra tal afirmativa:

Os hospitais educam os pacientes e as famílias de modo que tenham o conhecimento e as habilidades para participar dos processos de cuidados de

paciente e na tomada de decisões sobre cuidados [...]. A educação se concentra nos conhecimentos e habilidades específicas que o paciente e a família precisarão para tomar decisões relativas ao cuidado [...] isso contrasta com o fluxo geral de informações entre profissionais e o paciente, que informativo, mas não de natureza educacional (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.133).

Como é possível ler no cenário constituído através das prescrições da JCI, o paciente e seu familiar estão mais informados e conhecedores de seus direitos, o que lhes confere maior crítica sobre si e sobre os outros, resultando muitas vezes em conflitos nas relações entre paciente/familiares e equipes assistenciais, acostumadas a imporem suas ideias e condutas de forma inquestionável. Conflitos gerados em tal relação poderiam repercutir negativamente e atingir a instituição ou os profissionais que nela atuam. Assim, novas habilidades são exigidas da equipe hospitalar, ou seja, habilidades que ultrapassam a formação específica da área de conhecimento e abarcam conhecimentos de gestão, o que exige formação constante daqueles que atendem determinado público.

Excertos trazidos do Manual afirmam que:

Quando os profissionais de saúde compreendem as contribuições de cada parte para educação do paciente, eles podem colaborar de forma mais eficaz. A colaboração, por sua vez, ajuda a garantir que as informações que pacientes e famílias recebem sejam abrangentes, consistentes e as mais eficazes possível (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 135).

Conforme Cadavez e Grell²⁹ (s/d, p.1), “para o cliente atual, o conceito de serviço diferenciado abrange desde a facilidade do estacionamento, até a qualidade do atendimento realizado pelo médico-especialista, sem deixar de considerar a amabilidade e praticidade da recepção e, o conforto das instalações”. Os autores fazem pensar no deslocamento da noção de paciente para cliente, típica das relações de mercado que aponto estarem definindo um novo *éthos* para a saúde e as práticas hospitalares. O cliente é aquele que, cada vez mais, exige dos serviços de saúde renovação, atualização, soluções para o que se apresenta como problema de saúde, apoio emocional, de diversas ordens, inclusive hotelaria. Para atender essas e outras demandas, é vital capacitar à equipe hospitalar. Em contrapartida, com a formação e qualificação constante do quadro funcional, as instituições hospitalares qualificam seu atendimento, mas também ficam mais suscetíveis à concorrência. Profissionais qualificados são desejados pelo mercado, bem como possuem mais condições de negociar

²⁹ Texto publicado no site <http://www.evoluo.com.br/artigo/a-importancia-do-capital-humano-na-cadeia-hospitalar>. Consulta realizada em 19 de outubro de 2014. Não foi possível encontrar o ano da publicação.

melhores condições de trabalho onde se encontram ou com aqueles que os buscam no mercado. Sendo assim, poderíamos pensar, em uma leitura aligeirada e grotesca, que não valeria fazer investimentos na formação dos funcionários. Longe disso, oferecer formação aos funcionários, bem como mostrar a eles a importância daquilo que a “empresa” oferece, o capitaliza e o torna desejável pelo mercado, sendo condição de partida tanto para sua fidelização quanto também para manter o *status* institucional no mercado.

Ainda conforme Cadavez e Grell (s.d.), o sucesso de um empreendimento de saúde possui como base a infraestrutura, a capacitação técnico-científica das equipes, a tecnologia de saúde e o relacionamento humano. Tais seriam os pilares fundamentais, mas talvez um dos mais sensíveis seja o do relacionamento humano, pois esse implica, além das relações internas no hospital, a relação com os pacientes, assim como os conhecimentos da equipe e dos profissionais sobre o que se refere ao paciente. Assim, conforme a lógica que impera em muitos hospitais que buscam acreditação em normas internacionais, um dos diferenciais que materializaria a mudança de “cultura hospitalar” seria a geração permanente de conhecimento por parte da equipe, ou seja, a geração de capital humano e intelectual dos funcionários.

Nos caminhos que trilhei na construção deste estudo foi possível compreender que a JCI se potencializou, entre outros motivos, porque estaria inscrita em um tipo e racionalidade neoliberal típica da contemporaneidade. Explicando melhor, quero dizer que fica evidenciado nos materiais que contextualizei até este momento, que a linguagem que inventou a JCI e a sua necessidade é a mesma que exerce seu domínio político e econômico sobre nós, ou seja, a da governamentalidade neoliberal. Onde o caráter competitivo se daria a partir do objetivo de sempre superar as metas atingidas conduzindo a competição entre os envolvidos no processo (colaboradores) e também entre os hospitais pela sobrevivência no mercado competitivo.

O neoliberalismo caracteriza-se como uma alternativa de superação pela competitividade e instrumentalização dos indivíduos. Veiga-Neto (2000) aponta que, no neoliberalismo, acontece uma nova ou diferente maneira de inscrever as técnicas, formas de saberes, competências e expertises. Lopes e Dal’Igna (2012) ponderam que, no neoliberalismo, a livre troca, pouco a pouco, foi sendo substituída pela concorrência e competição (lógica da empresa), onde os processos sociais seriam analisados sob a grade de racionalidade de mercado, ou seja, as condutas passariam a ser reguladas por essa lógica. A arte de governar na contemporaneidade seria constituída por uma racionalidade econômica que determinaria parte das condutas individuais e coletivas. Em outras palavras, o cálculo de como obter maiores resultados com investimentos mínimos reinaria e operaria como

estratégia de governo da população. Isso pode ser evidenciado nas prescrições trazidas pelo Padrão e Propósito de Educação e Qualificação de Profissionais SQE.1, onde,

Os líderes de departamentos e serviços do hospital definem a formação desejada, habilidades, conhecimentos e outros requisitos de todos os membros da equipe (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 208).

Os líderes de departamento/serviço definem requisitos de recursos humanos para atender às necessidades dos pacientes. Definem a formação desejada, habilidades, conhecimentos e todos os outros requisitos para os cargos individuais ou para classes de cargos similares (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p.208).

Ou seja, os líderes de equipe devem ter claros os objetivos institucionais a serem alcançados e desenvolver planos baseados no que seria necessário na formação de cada indivíduo para o alcance e superação das metas estabelecidas. Desta forma, se prevê a condução das condutas dos membros da equipe para o alcance da excelência ou, dito de outra forma, para o alcance das metas de governo.

Ao investigar os contornos, as prescrições, as orientações, enfim, o que está escrito nas normas de Acreditação que determinam as diretrizes e os tipos de sujeitos-colaboradores que nomeei anteriormente de “padrão JCI”, pode ser percebido o clima de competição. Sennett (2012) aponta que toda a organização moderna é favorável à cooperação, mas na prática esta é inibida pela estrutura das organizações modernas. O isolamento dos trabalhadores, que pouco compartilham do trabalho uns com os outros, as relações sociais superficiais que fazem com que as pessoas fiquem na reserva não se envolvendo com problemas que não lhes dizem respeito, fazem com que as forças culturais militem contra a prática de cooperação. O autor considera a cooperação como uma troca em que as partes se beneficiam e chega a dizer que a sociedade moderna está gerando um novo tipo de caráter.

Nesta perspectiva, diferentes lutas acontecem para que se tenha a formação da equipe de trabalho dentro das instituições hospitalares. Formação esta que possuiria como missão tornar os profissionais competentes para exercerem suas funções e alcançarem a tão desejada excelência no atendimento, ao mesmo tempo em que os torna mais capitalizados para o mercado de trabalho.

Ao falar de neoliberalismo, mais especificamente do neoliberalismo americano, tento contextualizar o berço de nascimento da Acreditação Hospitalar tornando visível a política que constitui os princípios desta agência acreditadora, proveniente dos Estados Unidos da América, onde reivindicações essencialmente econômicas são legitimadas pelo Estado. Para

tanto, utilizei as teorizações de Michel Foucault sobre essa forma de neoliberalismo como método de análise da teoria do capital humano. Teoria esta que está relacionada à biopolítica e a governamentalidade. Conforme Gadelha (2013, p. 143) estas questões e suas relações parecem importantes porque

[...] fornecem pistas para pensarmos as condições de possibilidade da educação em nosso presente e algumas virtuais funções estratégicas que a mesma pode vir a exercer em nossa contemporaneidade. E isso, por exemplo, conforme a maneira como a educação é agenciada a biopolíticas e a uma determinada forma de governamentalidade neoliberal a saber: aquela que se instituiu nos Estados Unidos da América desde o final da década de 1960, particularmente sob a influência das seguintes análises econômicas empreendidas pela Escola de Chicago, e que teve na Teoria do Capital Humano uma de suas expressões mais pungentes.

Segundo Foucault (2008b), o interesse pelo capital humano se dá devido a dois processos: o de incursão da análise econômica num campo ainda inexplorado e o de que a partir desta incursão se teria a possibilidade de reinterpretar todo um campo considerado não econômico. Ou seja, os neoliberais americanos indicariam que a economia clássica não realizou uma análise econômica do trabalho, e propuseram reintroduzir esta questão partindo do entendimento do trabalhador como um “sujeito econômico ativo”.

Segundo essa grade econômica, o trabalho pode ser entendido sob duas dimensões: o capital e a renda. Enquanto no capital, o trabalho se refere a “uma aptidão, uma competência”, na renda pressupõe “um conjunto de salários” (FOUCAULT, 2008b, p.308). Assim, investimentos em capital pressupõem a aquisição de futuras rendas. Dentro desta lógica, o sujeito é produzido como um “empresário de si mesmo” (FOUCAULT, 2008b, p. 311). Em outras palavras, o sujeito aqui produzido é o sujeito que investe permanentemente em si mesmo.

Dentro desta lógica, a capacitação, a educação e a formação profissional dos colaboradores, trazidas nas prescrições da Acreditação, poderiam ser consideradas como elementos investidos por essa modalidade de governamentalidade. Funcionando como fatores para garantir a segurança, qualidade de entendimento, diminuição do risco, satisfação do paciente/cliente e o aumento da produtividade, mas também ganhos que vão além da capacidade produtiva. Portanto, a interface do capital humano com a educação está no sentido de funcionar como investimento, cuja acumulação permitiria o aumento da produtividade do trabalhador, bem como a crescente dos seus rendimentos ao longo da vida.

4 CONCLUSÕES

O que escrevi não é jamais prescritivo nem para mim nem para os outros. É, quando muito, instrumental e sonhador (FOUCAULT, 2010, p. 290).

É muito complicado interromper o fluxo de ideias, palavras e frases que compõem um texto de uma pesquisa. Mas chega o momento em que devemos ou temos que por um ponto final e suspender, mesmo que momentaneamente, as inquietações e dúvidas num esforço de imprimirmos, nas páginas em branco, algumas conclusões que não são finais ou totalizantes.

Neste capítulo final, pretendo fazer um apanhado dos caminhos que percorri e das problematizações que me propus fazer neste trabalho. Na questão de pesquisa, objetivei problematizar discursos que constituem as práticas de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* (JCI), mais especificamente, aquelas enunciações voltadas para a formação/ educação e empresariamento dos colaboradores. Parti do entendimento de que, nos profissionais que atuam nas instituições hospitalares, se conjugam atravessamentos que exigem deles diferentes modos de se relacionar consigo mesmo, com os outros e com a gestão de qualidade da JCI no contexto hospitalar.

Para apresentar minha linha de pensamento, tornando visível e dizível o que consegui ler nas entrelinhas do Manual, dividi a dissertação em três grandes capítulos.

O primeiro capítulo intitulado *Das razões da pesquisa e da escolha do material*, falei da minha trajetória profissional, educacional e do percurso que fiz até chegar a este trabalho. Muitos foram os cursos, as palestras, as orientações que recebi para mergulhar na temática e compreender aquilo que estava previsto na Norma de Acreditação da JCI. Isso me permitiu observar que, mesmo em meio a investimentos elevados, excesso de trabalho e resistências às novas práticas propostas pela metodologia internacional, os ganhos obtidos tanto no atendimento aos usuários dos serviços, quanto na economia que se tem a partir da *otimização* dos serviços prestados, fortalecem a consolidação da Norma dentro das instituições hospitalares.

No segundo capítulo, intitulado *Superfície de análise e os contornos metodológicos*, apresento a história da JCI, mostrando como traz, em sua emergência, uma racionalidade neoliberal que imprime nos discursos, que constituem o documento, diretrizes para que práticas hospitalares mais competitivas sejam instituídas e assumidas nas instituições por aqueles que passaram a ser considerados trabalhadores, funcionários ou colaboradores do

hospital. A reconstrução desta história tornou possível ver a tese que defendo nesta dissertação: *os discursos da saúde, empresariais e educacionais, ao articularem-se em uma grade de inteligibilidade neoliberal, operam na construção de possibilidades competitivas de formação dos colaboradores, visando a transformação do ethos hospitalar, a partir da transformação do colaborador em um empresário de si mesmo.*

Ao fazer este percurso pelos discursos da Acreditação, minha intenção foi dar visibilidade a acontecimentos que constituíram a história da JCI e que marcaram a ampliação da visão da saúde e, principalmente, da gestão hospitalar, destacando parte das condições de emergência da JCI, bem como a sua vinculação com a educação para a formação dos quadros hospitalares.

Nos contornos metodológicos, trago as minhas escolhas teórico-metodológicas para a construção desta investigação. Mostro os caminhos investigativos que fui percorrendo durante a pesquisa e apresento o material de análise.

No capítulo três, dediquei a fazer as análises do material de pesquisa e o intitulei *Formação profissional: um ethos hospitalar contemporâneo*, onde questioneei como o sistema de gestão da Acreditação da JCI se articula ou se desenvolve a ponto de criar ou promover uma “mudança de cultura” dentro das instituições hospitalares. Ou seja, neste capítulo, apresentei as práticas discursivas da JCI para mostrar como prevê o governo dos homens, através de técnicas de subjetivação, promovendo o que denominei de um novo ethos hospitalar.

A partir da pesquisa empreendida, percebi o forte investimento do Estado na população e, ao mesmo tempo, que tal investimento está ancorado em práticas que caracterizam uma racionalidade política neoliberal. Entendi também que, embora a Norma da Acreditação seja apontada como uma possibilidade de educar alguns e incluir a todos em uma lógica neoliberal, ela constitui uma possibilidade de mobilização de diferentes modos de aprendizagem nos sujeitos. Para chegar ao já enunciado acima, utilizei o Manual de Padrões da JCI como superfície de análise. Diante da expressão e da expansão da JCI no Brasil, percebo que ainda são poucas as pesquisas que olham para tal acontecimento, especialmente para o que propus estudar aqui: a formação do sujeito/colaborador das instituições hospitalares nos moldes americanos de Acreditação, considerando o referencial pós-estruturalista de análise. Penso que a relevância deste estudo baseia-se justamente nesta questão.

Por fim, aponto a questão da configuração do colaborador como empresário de si mesmo e concludo afirmando que há um novo éthos hospitalar formativo e homogeneizador, construído na contemporaneidade, que impõem a *Joint Commission International* a escuta permanente dos clientes e para estes, investimentos em sua formação profissional e em padronização de serviços e atendimentos.

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, Pedro Gabriel. **Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar**: um survey em hospitais do estado de São Paulo. 2013. 204 f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.
- ALONSO, Luiza Beth Nunes; et al. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- ANTUNES, Felipe Lacerda. **Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA**: um estudo de caso em um hospital de grande porte. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) -Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2002.
- AZEVEDO, Antônio Carlos. Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 47-55, fev. 1993.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BONATO, V. L. **Gestão em saúde**: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Icone, 2007.
- BOURDIEU, Pierre. “Postface”. In: PANOFSKY, Erwin. **Architecture gothique etpensescolastique**. Paris, Éditions de Minuit, 1967, p. 133-167.
- CIOLELLA, Dayane de Aguiar. **Entre o delito e a loucura: a enfermagem em manicômio judiciário**. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- CORDEIRO, Franciele Roberta. **Eu decido meu fim?** a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte.2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 5. ed. Rio de Janeiro: CBA: 2014.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **A história da acreditação**, 2015. Disponível em: <<http://cbacred.org.br/institucional/historico.asp>>. Acesso em:12 maio 2015.
- CORAZZA, Sandra Mara. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 105-131.
- COSTA, Marisa Vorraber. **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

DALLEGRAVE, Daniela. **No olho do furacão, na ilha da fantasia:** a invenção da residência multiprofissional em saúde. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DELEUZE, Gilles. **Bergsonismo.** São Paulo: Editora 34, 1999.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 2013-2019, 2005.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.114, p. 197-223, nov. 2001.

FORTES, Maria Thereza Ribeiro. **Acreditação no Brasil:** seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. 2013. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências/Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos IV:** estratégia do poder saber. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p.180.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população:** curso no Collège de France: 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica:** curso no Collège de France: 1978-1979. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento:** ditos e escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France:** (1970- 1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. p.81.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos:** curso no Collège de France, 1979-1980: excertos. Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FOUCAULT, Michel. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & escritos VI:** repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p.290.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 28. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE, Renata Pascoal. **Gestão de equipamentos médicos como fonte de vantagem competitiva:** o papel das práticas de qualidade num hospital de excelência. 2011. [140 f.] Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

HORTALE, Virgínia Alonso; OBBADI, M.; RAMOS, C. L. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1789-1794, 2002.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International**: melhore com a JCI, 2015. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

KLAUS, Viviane. **Desenvolvimento e governamentalidade (neo)liberal**: da administração à gestão educacional. 2011. 228 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LARROSA, Jorge. A libertação da liberdade. In. PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Org.). **Retrato de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 328-335.

LAZZARATO, Maurício. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LOCKMANN, Kamila. **A proliferação das políticas de assistência social na educação escolarizada**: das estratégias da governamentalidade neoliberal. 2013. 317 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LOPES, Maura Corcini; FABRIS, Eli Terezinha Henn. **Inclusão & educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

LOPES, Maura Corcini. DAL'IGNA, Maria Cláudia. Subjetividade docente, inclusão e gênero. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.33, n.120, p.851-867, jul./set. 2012. Disponível em:<<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 12. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.

MANZO, Bruna Figueiredo. **O Processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MANZO, Bruna Figueiredo. **Assistência multiprofissional em unidades de terapia intensivas neonatais acreditadas em nível de excelência**. 2013. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MENEZES, Juliana Silva Nascimento. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado em Macapá**: estudo de caso. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Escola de Ciências Econômicas e das Organizações, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2013.

NIEMEYER, Fernanda. **Câncer, corpo e cinema: lições de Hollywood sobre adoecer e morrer.** 2010. 142 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

NOGUERA-RAMIREZ, Carlos Ernesto. **Pedagogia e governamentalidade: ou da modernidade como uma sociedade educativa.** Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

NOVAES, Humberto de Moraes; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, v. 35, n. 3/4, p.93-98, 1998.

NOVAES, Humberto de Moraes; PAGANINI, José María. **Garantia da qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para América Latina e do Caribe.** Brasília (DF): Editora da Federação Brasileira de Hospitais, 1994.

PERTENCE, Poliana Priosteand; MELLEIRO, Marta Maria. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.44, n.4, p. 1024-1031, 2010.

PETERS, Michael. Governamentalidade neoliberal e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos.** Petrópolis: Vozes, 2002. p. 211-224.

QUINTO NETO, Antônio. **Processo da acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

QUINTO NETO, Antônio; GASTAL, Fábio. **Acreditação hospitalar: proteção aos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 1997.

RECH, Tatiana Luiza. **Da escola a empresa educadora: a inclusão como uma estratégia de fluxo-habilidade.** 2015. [259 f.] Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RIBEIRO, Rúbia Guimarães. **Todo lo que interesa a la mujer: discursos sobre saúde na revista para ti.** 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RODRIGUES, Cláudia Maria de Rezende Travassos. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira.** 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

SANTOS, Quintila Garcia et al. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15 n.4, p. 833-837, out./dez. 2011.

SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas.** 1999. 162 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SCHULTZ, Theodore. **O valor econômico da educação.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

SENNETT, Richard. **Juntos os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SILVA, Karen Shein da. **Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Roberto Rafael Dias da. **Universitários flexíveis: a gestão dos talentos no capitalismo contemporâneo**. Tese (Doutorado em Educação) -Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011.

SILVA, Lúcia de Fátima Neves da. **Reorientação do gerenciamento de risco hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas, Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Saudação: amizade e despedida**. Lisboa, 2012. mimeo.

VEIGA-NETO, Alfredo. Na oficina de Foucault. In: KOHAN, Walter Omar; GONGRA, José (org). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 79-91.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão e governamentalidade. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e educação: há algo de novo sob o sol? In: VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Crítica pós-estruturalista e educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995. p. 9-56.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VEIGA-NETO, Alfredo. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 179-217.

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do governo. In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.19-21.

VEYNE, Paul. **Foucault seu pensamento, sua pessoa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.