

A UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS COMO INSTRUMENTO GERENCIAL

Camila Dezideiro ¹
Everaldo da Silva²

RESUMO: A qualidade está diretamente ligada à produtividade, redução dos custos e satisfação dos clientes. Para se posicionar no mercado quanto a sua qualidade, as empresas buscam obter o Certificado de Acreditação e assim manter seus processos em conformidade com requisitos previamente estabelecidos pela acreditadora da sua área de atuação. É importante ressaltar que o artigo não tem a pretensão de esgotar toda essa temática, e nem mesmo abordar todos os pressupostos teóricos, o que de fato seria impossível, porém iniciar ou até mesmo continuar essa discussão, para isso realizou-se um estudo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvida na empresa UNIMED DE BRUSQUE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com dois informantes-chave entrevistados, ocupantes de cargos da gestão na empresa. Objetivou-se identificar a consciência dos gestores sobre a Resolução Normativa – RN 277. Os métodos de análise utilizados foram a entrevista e a análise de discurso. Os resultados obtidos demonstraram que a Unimed Brusque possui uma forte cultura voltada para a melhoria contínua e a satisfação de clientes. Também foi evidenciado o conhecimento dos gestores sobre a RN277 e sua importância.

Palavras-chave: Qualidade em Serviços. Programa de Acreditação. Operadora de Saúde.

ABSTRACT: Quality is directly linked to productivity, cost reduction and customer satisfaction. In order to position themselves in the market as to their quality, companies seek to obtain the Accreditation Certificate and thus keep their processes in compliance with requirements previously established by the accreditation body of their area of activity. It is important to emphasize that the article does not have the pretension of exhausting all this thematic, and not even to approach all the theoretical presuppositions, what in fact it would be impossible, however to initiate or even continue this discussion, for this an exploratory study was carried out, Of qualitative nature, developed in the company UNIMED DE BRUSQUE COOPERATIVA DE LABOR MÉDICO, with two key informants interviewed, occupying management positions in the company. The objective was to identify the managers' awareness about the Normative Resolution - RN 277. The methods of analysis used were interview and discourse analysis. The results showed that Unimed Brusque has a strong culture focused on continuous improvement and customer satisfaction. It was also evidenced the managers' knowledge about RN277 and its importance.

Keywords: Quality in Services. Accreditation Program. Health Operator.

INTRODUÇÃO

Atualmente as empresas estão inseridas em um mercado altamente competitivo, sendo constantemente impulsionadas pela necessidade da busca pela excelência que é caracterizada como um requisito para a sobrevivência no mercado. Em linhas gerais, os programas de acreditação da qualidade são um poderoso elo no alcance dos objetivos da

¹ Graduado em Administração (UNIFEBE) Especialista em Gestão de Negócios (Valor Humano/UNIFEBE). E-mail: camiladezideiro@hotmail.com

² Sociólogo, Antropólogo e Cientista Político. Mestre em Desenvolvimento Regional (FURB). Doutor em Sociologia Política (UFSC). Professor e Pesquisador. E-mail: prof.evesilva@gmail.com

empresa. Especificamente na área da Saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) possui uma modalidade de acreditação exclusiva para as Operadoras de Saúde, a Resolução Normativa - RN277.

A Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico está há mais de 20 anos no mercado e apesar de não possuir um setor estruturado de qualidade, busca constantemente o aprimoramento dos processos, produtos e serviços, bem como o desenvolvimento de seus colaboradores. A Unimed Brusque apresenta traços da cultura de melhoria contínua, mas ainda não possui a Acreditação da ANS. Assim, o principal objetivo deste estudo é identificar a consciência dos gestores da cooperativa sobre o papel da Acreditação de Operadoras de Saúde. Para resolver essa questão, elaborou-se inicialmente um estudo, cujo conteúdo agregou mais conhecimento teórico sobre o tema. Na sequência foram realizadas entrevistas com os gestores da Unimed Brusque para identificar seus conhecimentos sobre a RN277. Para Bauer e Gaskell (2002), a entrevista qualitativa é usada para melhor compreender e aproximar o entrevistador do entrevistado. As entrevistas foram realizadas individualmente com o uso de um tópico guia para orientar o andamento do trabalho, foram gravadas por meio eletrônico mediante devida autorização formalizada, na sequência foram transcritas e analisadas.

As entrevistas foram realizadas no mês de dezembro de 2016 com o Gerente Operacional, devido à afinidade com o tema abordado, e o Gerente Geral, para verificar se o assunto é de interesse da alta gerência da cooperativa. O método utilizado no andamento dos trabalhos foi a Análise de Discurso de Michel Pêcheux que em resumo objetiva “não somente compreender uma mensagem, mas reconhecer qual é o seu sentido, ou seja, o seu valor e sua dependência com um determinado contexto” (EITERER, 2008). É importante ressaltar que o artigo não tem a pretensão de esgotar toda essa temática, e nem mesmo abordar todos os pressupostos teóricos, o que de fato seria impossível, porém iniciar ou até mesmo continuar essa discussão.

SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, o conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidades, mas sim como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. (OMS, 1948). No Brasil a saúde é um direito de todos os cidadãos conforme a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, artigo 196 “a

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Segundo Kuazaqui e Tanaka (2008), a partir da Constituição, a saúde passa a ser considerada uma das prioridades das políticas públicas. Para possibilitar o atendimento da saúde de forma gratuita em todo território nacional, foi criado o SUS (Sistema Único e Saúde).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (SUS, 2016).

O SUS tem como objetivo garantir à população os serviços que possam manter ou recuperar a saúde do cidadão. Seu financiamento é público, uma vez que é dever do Estado, apesar disto, o atendimento integral não é alcançado por conta principalmente da escassez de recursos destinados à área da saúde, ou seja, os recursos disponíveis não são suficientes para atender plenamente a demanda da população brasileira. (KUAZAQUI; TANAKA, 2008). Paul (2012, p.53 apud SOUZA, 2002), cita as dificuldades na operacionalização do SUS com a “divisão de responsabilidades entre estados e municípios, o processo de habilitação dos estados, o financiamento do sistema, o planejamento e a organização funcional do sistema, a resolutividade e acesso ao sistema”. Com base no exposto, verifica-se que apesar do SUS ser o sistema criado para ser o sistema de saúde dos mais de 10 milhões de brasileiros, possui dificuldades em sua operacionalização.

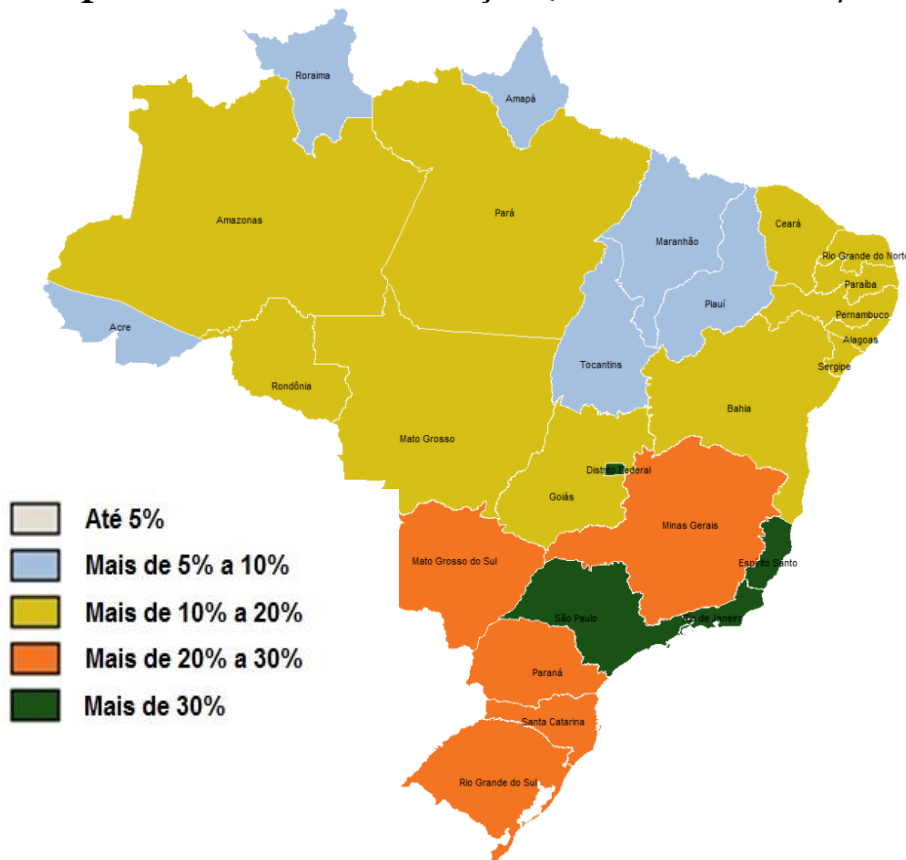
Verifica-se o desejo da população em conseguir um atendimento de melhor qualidade, possibilitando ao mercado a abertura de planos de assistência médica, ambulatoriais, hospitalares e odontológicos paralelos ao sistema público. (TEIXEIRA, 2008; BERTO, 2009). No que tange a área da saúde, a sociedade encontra-se inserida em um mercado onde há o atendimento exclusivamente particular e o suplementar realizado pelos planos de saúde e o atendimento público e gratuito proporcionado pelo SUS. Segundo a autora Berto (2009, p.17), “há um ponto de intersecção entre os dois modelos, no que diz respeito aos profissionais da saúde e alguns serviços essenciais, mas que há também uma grande barreira no que tange ao acesso pelas camadas mais pobres da população”.

Conforme Teixeira (2008, p. 34) “o Brasil possui legislação de primeiro mundo, no que toca à saúde. Todavia, seu orçamento financeiro é de terceiro mundo, o que provoca intermináveis conflitos retratados diariamente na mídia”. Verifica-se um cenário onde a população esta disposta a pagar por algo que lhes é garantido constitucionalmente para obter um atendimento mais rápido e com qualidade. Ainda segundo Teixeira (2008), é consenso comum que os serviços prestados pelo SUS não têm a mesma qualidade dos serviços privados disponíveis.

Para atrair o paciente para o atendimento particular, é necessário executar os processos com excelência, buscando frequentemente otimizar as rotinas, investir na utilização de tecnologia e técnicas de gestão apuradas, possibilitando a prestação de serviços com qualidade. As operadoras de Plano de Saúde no Brasil, mesmo sendo de iniciativa privada tem uma forte atuação reguladora por parte do governo por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que além do monitoramento, determina resoluções normativas que dão norte as ações da empresa e as notifica no caso de infração de suas normas. Antes da criação da ANS como agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, o cenário era de um mercado onde a população ansiava por um atendimento de melhor qualidade e empresas que virão essa situação como uma excelente oportunidade de negócio. Assim, criavam-se vários planos de saúde ou seguros de saúde onde o contrato era de acordo com os interesses da contratada e do contratante, sem qualquer intervenção do governo, vislumbra-se assim o início dos “contratos não regulamentados”.

Em três de junho de 1998, foi publicada a LEI nº 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Posteriormente em 28 de janeiro de 2000, foi publicada a lei 9.961, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS “autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde [...] atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. (BRASIL, 2000). A Figura 1 demonstra a atuação dos Planos Privados de Assistência Médica no território brasileiro.

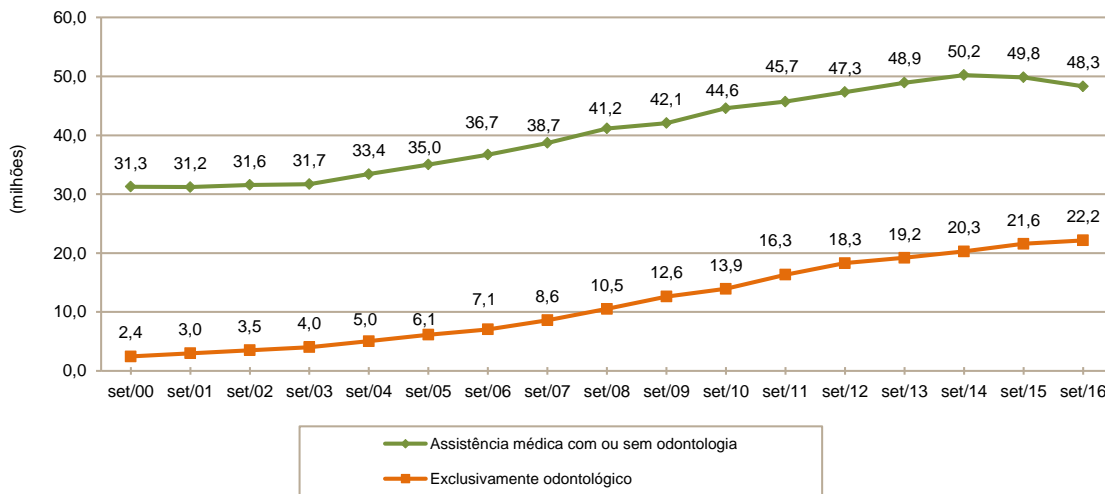
Figura 1 - Taxa de Cobertura dos Planos Privados de Assistência Médica por Unidades da Federação (Brasil - setembro/2016):



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2016 e População - IBGE/2012

Analisando a Figura 1 identifica-se uma maior concentração de Planos Privados de Assistência Médica principalmente nas regiões Sul e Sudeste, com destaque especial aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo com mais de 30% de taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica. Observa-se também que não existe no Brasil, um único estado com um índice inferior a 5% de utilização da Saúde Suplementar. Por seu turno, o Gráfico 1 apresenta a evolução na quantidade de Beneficiários de Planos Privados, ou seja, de clientes que contrataram um plano de saúde particular.

Gráfico 1 - Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde Brasil (2000-2016)



Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2016

Verifica-se no gráfico apresentado que desde o início do monitoramento da ANS em 2000, a quantidade de beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde vinha crescendo constantemente chegando ao seu auge em 2014 e iniciando queda a partir daí. Com a taxa de desemprego que subiu para 11,6% no primeiro semestre de 2016, o mercado encontra-se difícil para as maiorias das empresas, incluindo é claro as operadoras de plano de saúde. Somente em 2016 14 grandes operadoras de saúde foram fechadas no Brasil. Assim as operadoras que permanecem no mercado precisam melhorar a gestão e minimizar perdas de uma forma que se mantenham a qualidade na prestação de serviços. (CAETANO, 2016). Já, o Estado vem gradativamente diminuindo a sua atuação, deixando espaço para o atendimento particular e o da saúde suplementar, conforme destaca (GONÇALVES, 2006, p. 19) existe uma “proliferação de programas assistenciais vinculados à iniciativa particular, sob a forma de convênios”. Esse cenário é resultado tanto da dificuldade do governo em administrar todo o território nacional devido às diferenças demográficas, culturais, sociais, econômicas, entre outras e também devido a própria presença cada vez mais forte dos planos de saúde ou seguros saúde. (GONÇALVES, 2006). Santos (2010, p. 08) quantifica a participação do governo afirmando que:

Somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, o que corresponde, a somente 3,7% do PIB e por volta de US\$ 350 públicos anuais per – capita (US\$ corrigido pelo poder de compra), o que nos coloca entre os países com menor financiamento público per – capita

do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina.

Conforme a afirmação de Santos (2010) percebe-se que mais da metade dos atendimentos na área da saúde no qual a população brasileira é submetida são fornecidos pela rede particular. Vale ressaltar ainda que para as pessoas que possuem plano de saúde e por ventura optarem em algum momento em utilizar a rede pública, terão seu atendimento financiado pela operadora de planos de saúde contrata, pois após o atendimento, a contratada deverá ressarcir o SUS das despesas, mesmo sem o conhecimento do próprio cidadão. A ANS fornece mais detalhes sobre esse processo:

O ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. (ANS, 2016b).

O ressarcimento ao SUS pode tornar questionável se de fato a participação do governo é de 44% no financiamento ou se esse número não seria ainda menor. As operadoras de Plano de Saúde no Brasil, mesmo sendo de iniciativa privada tem uma forte atuação reguladora por parte do governo por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que além do monitoramento, determina resoluções normativas que dão norte as ações da empresa e as notifica no caso de infração de suas normas. Antes da criação da ANS como agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, o cenário era de um mercado onde a população ansiava por um atendimento de melhor qualidade e empresas que virão essa situação como uma excelente oportunidade de negócio. Assim, criavam-se vários planos de saúde ou seguros de saúde onde o contrato era de acordo com os interesses da contratada e do contratante, sem qualquer intervenção do governo, vislumbra-se assim o início dos “contratos não regulamentados”. Em três de junho de 1998, foi publicada a LEI Nº 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Posteriormente em 28 de janeiro de 2000, foi publicada a lei 9.961, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS “autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde [...] atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. (BRASIL, 2000).

Segundo Pal (2012, p. 54), “*não se descarta o papel fundamental do Estado, pois sua presença na prestação de serviços de saúde é de suma importância no atendimento das demandas de populações mais pobres havendo, ainda, oferta predominantemente pública no setor hospitalar e especializado*”. Apesar da conjuntura de deficiências do SUS, sua existência é fundamental para o atendimento de grande parcela da população, em especial aquelas que possuem limitação financeira para optar por um atendimento melhor. De acordo com Mezomo (1995, p.7), “*A saúde no Brasil deve ser repensada em seu sistema, em sua estrutura, em seus processos e em seus resultados. A administração de serviços de saúde deve, igualmente, ser redesenhada para dar-lhe a eficácia necessária*” o autor enfatiza que somente com essa reestruturação o sistema de saúde seria efetivo e chegaria aos resultados desejados em custo mínimo e atendendo as necessidades dos pacientes.

Com efeito, o atendimento prestado pelas operadoras de saúde e seguros de saúde é procurado pelas pessoas que desejam mais qualidade no atendimento, porém o atendimento público, que é direito de todos os cidadãos é fundamental principalmente para a população que economicamente não tem escolha. O setor de saúde privada, assim como os demais setores presentes no mercado é atingido por questões econômicas, sociais e culturais, sendo necessário oferecer um serviço qualificado. (CAETANO, 2016). A seção a seguir apresenta com mais detalhes a importância qualidade na prestação de serviços em saúde.

QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Devido a forte concorrência, as empresas precisam constantemente otimizar seus processos e adaptar-se para garantir seu posicionamento no mercado, para que isso aconteça, é necessário cultivar uma equipe de colaboradores que tenham conhecimento da necessidade de atender a demanda do consumidor a um custo inferior ao da concorrência, definindo essa estratégia como qualidade. Se referindo a qualidade em serviços, Deming (1990) explica a sua relação com a satisfação do cliente, o grau de satisfação do cliente esta diretamente relacionado ao grau de qualidade e pode ser medido variando desde a insatisfação extrema até altamente satisfeitos. Diante destas afirmações, verifica-se que a qualidade nas empresas prestadoras de serviços está vinculada à satisfação dos clientes e

então é necessário implantar um sistema que garanta o atendimento dos requisitos especificados.

Ainda na linha de foco na satisfação do cliente, Paladini (1995, p.13) afirma que “a qualidade é projetada, desenvolvida e gerada no processo”, assim, é necessário avaliar todos os elementos que fazem parte do sistema produtivo para garantir o atendimento das necessidades dos clientes. A qualidade em serviços é baseada em foco no cliente, participação da alta direção, melhoria contínua, busca por atendimento ao cliente de forma eficiente e rápida, e principalmente a participação e desenvolvimento dos funcionários. Segundo Mezomo (1995, p. 53), “o grande diferencial das organizações esta cada dia mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos”. O autor ainda afirma que mesmo a organização possuindo tecnologia e a estrutura de ponta, é necessário que as pessoas sejam educadas para um trabalho responsável e não se sentirem comprometidas com a qualidade dele e, sobretudo, com o pleno atendimento das necessidades.

Com base nas afirmações dos autores citados, fica evidente a necessidade pela satisfação dos clientes e que os clientes são verdadeiros balizadoras da qualidade da empresa. Verifica-se ainda que a qualidade é um verdadeiro desafio e as empresas que pretendem adota-la necessitam de um grande esforço, pois assume-se um compromisso de atender os clientes cada vez melhor de forma a buscar a melhoria contínua. Referindo-se a qualidade na área da saúde, Gastal e Leite (1992) explicam que trata-se de uma ferramenta que “busca instrumentalizar a organização de saúde de tal forma que seja assegurado ao cliente que toda organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos”. Para Paul (2012, apud Madureira, 2007) o ideal de um sistema de saúde eficiente é ter um “produto de saúde socialmente aceitável, com o uso mínimo de recursos”. SILVA (2005, p. 130) afirma que os serviços de saúde possuem características que os diferenciam de quaisquer outros produtos e serviços:

O alto grau de dificuldade de percepção da qualidade pelo consumidor, estão sujeitos a diferenças consideráveis entre as expectativas do consumidor e a entrega do serviço - demonstra uma demanda impossível de se predizer, entrelaça o tomador de decisão e o consumidor e possui um alto grau de inelasticidade de preço.

Assim, tanto Silva quanto Mezomo (1995), concordam sobre algumas dificuldades de aplicabilidade do conceito de qualidade de serviços aos conceitos na saúde. Uma delas

está ligada a defeitos aplicados no serviço prestado, devido a diversidade dos clientes e a responsabilidade da área por lidar com vidas. Percebe-se que a qualidade na prestação de serviços de assistência à saúde esta mais voltada na questão operacional, consistindo no próprio processo e na percepção dos clientes. Bettio (2012) apresenta o conceito para realizar a avaliação da qualidade em saúde, composto pela estrutura, processo e resultado, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas:

Na **estrutura** encontram-se os recursos mínimos necessários para realizar a prestação dos serviços que são: corpo funcional; instalações físicas e tecnológicas; recursos materiais e financeiros; procedimentos e padrões definidos. Nos recursos que devem ser disponibilizados na estrutura incluem-se também, equipamentos, habilitação e capacitação dos profissionais e organização dos serviços. Já o **processo** relaciona-se com a própria condução do serviço, onde são efetuados os diagnósticos, exames, entre outros procedimentos. Nesse caso, a avaliação da qualidade pode ser efetuada do ponto de vista técnico ou administrativo, envolvendo os resultados da prestação de serviços aos pacientes. (BETTIO, 2012, p. 29-30). Por fim, os **resultados** apontam os efeitos do atendimento, cujo objetivo é promover saúde, reabilitar o paciente ou prevenir doenças. Acompanhar os resultados é importante para controlar e avaliar as mudanças ocorridas no cliente.

A avaliação dos resultados dos processos é fundamental para a tomada de decisão dos gestores pois possibilita o monitoramento de informações estratégicas. Para Bettio (2012), é importante incluir as três dimensões mencionadas, pois as fraquezas de um podem ser suplantadas pelas forças dos outros. Percebe-se que dos prestadores de serviços, as empresas do ramo da saúde sofrem mais influencia dos colaboradores nos resultados de seus atendimentos. Ademais a qualidade dos serviços em saúde está relacionada em unir a capacidade técnica e a dedicação dos colaboradores com os equipamentos tecnológicos e as instalações que a empresa disponibiliza. Ressalta-se ainda que conforme exposto anteriormente, o cenário atual apresenta mudanças nos padrões de exigência dos clientes, que agora buscam também no setor de saúde um atendimento diferenciado e de qualidade. Neste contexto verifica-se a importância da utilização dos programas de qualidade que será exposto no item a seguir.

ACREDITAÇÃO EM OPERADORAS DE SAÚDE

Uma parcela considerável da conquista da excelência nos serviços da área da saúde está relacionada à melhoria de processos e da estrutura das empresas, gerando a qualidade nos serviços oferecidos. Um dos sistemas utilizados para a avaliação e certificação da qualidade é a acreditação. A acreditação tem como principal fundamento o caráter educativo na busca da melhoria contínua. (BETTIO, 2012). Muitas empresas na área da saúde vem demonstrando interesse na obtenção da acreditação da qualidade, pois trata-se de uma formalização da garantia de qualidade dos serviços prestados. Mezomo (1995, p. 22) apresenta a acreditação como um prêmio fornecido para as melhores empresas “*A certificação é também uma premiação dada às instituições que produzem serviços de qualidade, enquanto confirma publicamente que a maneira de agir delas merece a confiança dos usuários (clientes)*”. O mesmo autor ainda expõe que a busca pela acreditação se justifica na própria natureza e razão de existir dos serviços de saúde que é “*garantir total qualidade nos resultados oferecidos aos seus clientes.*” Para possibilitar a obtenção da acreditação é necessário uma estruturação da empresa com enfoque na qualidade, Las Casas (1999) apresenta as responsabilidades de cada área ou colaborador diretamente envolvido com os trabalhos da qualidade.

Quadro 1 – Estrutura da Empresa do Ponto de Vista da Qualidade

Função	Responsabilidades
Representante da Administração	Relatar periodicamente o desempenho do Sistema da Qualidade para a Diretoria da Empresa, por meio da Análise Crítica da Administração.
Comitê Diretivo da Alta Administração	É formado pelos Diretores da empresa, mais o Representante da Administração. Tem como função definir estratégias para o processo da qualidade, discutir e aprovar ações voltadas para implantação e manutenção do processo, identificar, programar, prover recursos e avaliar periodicamente, por meio de resultados de auditorias internas e externas.
Escritório da qualidade	Responsável pela coordenação do sistema da qualidade, desde sua implantação, manutenção e as auditorias internas da empresa. Presta também consultoria interna na prevenção e no controle dos riscos e ocorrências que afetam o serviço, fornecedores, colaboradores e o patrimônio da empresa.
Audidores internos da qualidade	São colaboradores selecionados, qualificados para executar além de suas funções normais, as auditorias internas da qualidade. Esses colaboradores são coordenados pelo escritório da qualidade no que se refere à assuntos pertinentes.
Monitor da documentação da qualidade	Funcionário designado para ser o elo entre o escritório da qualidade e os demais membros de sua área de atuação. Esse funcionário é responsável pela elaboração de instruções de trabalho em conjunto com os responsáveis pelas atividades, manutenção, controle de documentos, tomada de ações corretivas e preventivas, treinamento de funcionários em relação a procedimentos e todos os documentos pertinentes. Geralmente constituem-se de um ou dois colaboradores de cada área da

	empresa, de qualquer nível hierárquico.
Manual da qualidade	Instrumento que define as autoridades e responsabilidades que a empresa deverá adotar, O manual estabelece e fixa padrões reguladores das atividades que buscam garantir o cumprimento da política da qualidade.
Procedimentos	Esses documentos trazem de forma detalhada todas as atividades que constam no manual da qualidade, descrevem como os processos são feitos e quem esta responsável por cada etapa.
Instrução de trabalho	Relaciona as ações que cada profissional deve tomar para executar sua tarefa de acordo com os padrões da qualidade, garantindo a uniformidade dos serviços, ou seja, explica os detalhes de como fazer a atividade.
Registros de Qualidade	Comprovam o que cada procedimento realizou. Os registros são importantes porque permitem a avaliação e rastreabilidade do produto ou serviço oferecido. Exemplo de registros são relatórios de auditoria, lista de presença em treinamentos, ordens de serviço, etc

Fonte: Adaptado de LAS CASAS 1999.

O quadro exposto apresenta de forma clara as responsabilidades de cada indivíduo ou documento envolvido com a qualidade. Percebe-se que a qualidade de uma organização não pode ser responsabilidade exclusiva de um único colaborador ou setor mas sim de um trabalho com constante envolvimento da alta direção e também dos colaboradores de todas as áreas da empresa. Ainda é possível verificar no Quadro 2 a importância dos documentos específicos da qualidade, sendo eles o Manual da Qualidade, Procedimentos, Instrução de Trabalho e Registros de Qualidade cada um com sua finalidade, mas todos permitindo a formalização e possibilidade de constatação das práticas da qualidade realizadas na empresa que as adota.

Especificamente na área da saúde, verifica-se que a qualidade é analisada por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos, tornando sua definição complexa, mesmo assim a busca pela qualidade é altamente recomendada. Neste cenário, a Acreditação surge como uma ferramenta disponível para avaliar e padronizar a qualidade dos serviços prestados. As organizações interessadas em participar de programas de acreditação, realizam o processo de avaliação utilizando padrões antecipadamente estabelecidos, com o objetivo de garantir uma atuação de alta qualidade e estimular a cultura de melhoria contínua. O termo acreditar significa conceder reputação, tornar digno de confiança. Quando esse termo se relaciona as organizações de saúde, existe a indicação de questões como credibilidade, legitimidade, ética e gestão da qualidade. A acreditação é uma ferramenta utilizada para apreciar a qualidade, possui como base a avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados; e os indicadores, ou seja, os instrumentos que o avaliador/visitador utilizará para identificar se de fato a empresa avaliada atende os padrões proposto.

Malik e Teles (2001, p.29) apresentam a acreditação como um “Sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria continua da qualidade”. Segunda Organização Nacional de Acreditação - ONA (2016), a Acreditação é definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, o processo de acreditação é pautado por três princípios fundamentais: 1) é voluntário, 2) é periódico, 3) é reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possui uma acreditação específica para as operadoras de saúde, processo que será melhor detalhado no item a seguir.


ACREDITAÇÃO RN277

Em 04 de novembro de 2011, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS publicou a Resolução Normativa número 277 (RN 277), que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar. Trata-se de processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas operadoras. A ANS em parceria com o INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia) realiza a homologação das empresas que poderão realizar o processo de auditoria nas operadoras de saúde. Atualmente são 5 empresas acreditadoras homologadas, sendo elas: A4 Quality Services Auditoria e Certificação Ltda, Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA, Det Norske Veritas, Fundação Carlos Alberto Vanzolini e ISOPOINT.

A análise das empresas leva em conta diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: Nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos; Nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; Nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove).

A figura a seguir apresenta as Operadoras de Plano de Saúde no Brasil que atualmente são acreditadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Figura 2 – Operadoras de Plano de Saúde Acreditadas na RN 277

Operadora de Planos de Saúde	Reg ANS nº	Nível da Acreditação	Prazo de validade da Certidão
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica	35250-1	 Nível I	3 anos (A partir de 04 de julho de 2016)
Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.	32557-1	 Nível I	3 anos (A partir de 16 de maio de 2016)
Bradesco Saúde S.A.	00571-1	 Nível I	4 anos (A partir de 11 de Maio de 2015)
Unimed Vale do Sinos Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda	35641-7	 Nível I	3 anos (A partir de 25 de Janeiro de 2016)
Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda	35702-2	 Nível I	3 anos (A partir de 23 de Novembro de 2015)
Unimed Goiânia - Cooperativa de Trabalho Médico	38287-6	 Nível I	3 anos (A partir de 2 de Abril de 2015)
Unimed Cooperativa de Serviços de Saúde Vales do Taquari e Rio Pardo	30639-8	 Nível I	3 anos (A partir de 25 de Agosto de 2014)
Unimed Belo Horizonte – Cooperativa de Trabalho Médico	34388-9	 Nível I	4 anos (A partir de 24 de Fevereiro de 2014)
Unimed do Estado do Paraná - Federação Estadual das Cooperativas Médicas	31272-0	 Nível I	3 anos (A partir de 29 de março de 2016)
SAMP Espírito Santo Assistência Médica Ltda.	34203-3	 Nível II	3 anos (A partir de 28 de maio de 2015)

Fonte: ANS 2016 a.

Segundo a ANS (2016a) atualmente existem registradas 950 (novecentas e cinquenta) Operadoras de Plano de Saúde Médico-Hospitalares. A figura 2 demonstra as operadoras acreditadas pela agência, sendo o total somente 10 (dez), assim, possuir a acreditação da RN277 é um verdadeiro privilégio de cerca de 1% das operadoras registradas, sendo considerado um grande diferencial, além disso, das 10 (dez) operadoras acreditadas 08 (oito) são operadoras de saúde são do sistema Unimed. Outro ponto interessante é observar que até a presente data nenhuma operadora do Estado de Santa Catarina foi acreditada pela ANS. Para auditoria da acreditação da RN 277, são analisados 147 requisitos agrupados em sete dimensões, sendo elas Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ (11 requisitos), Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede

Prestadora (12 requisitos), Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde (25 requisitos), Satisfação dos Beneficiários (9 requisitos), Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde (51 requisitos), Estrutura e Operação (15 requisitos) e Gestão (24 requisitos).

Para cada dimensão é atribuída uma nota, calculada pela média aritmética da pontuação dos itens, onde deve ser atingida uma pontuação mínima pela operadora, caso contrário, não haverá aprovação, independentemente da nota final. A metodologia de cálculo prevista nos artigos 13, 14 e 15 da RN277 encontra-se Anexo do presente artigo. São definidos graus de conformidade para cada item, para fins de avaliação: I - total; II - parcial; III - não existente. Já para a aplicação do sistema de pontuação, ficam assim determinados os graus de conformidade, para efeitos de avaliação de cada item constante das dimensões: I - total: o item é avaliado como implantado em pelo menos 90% (noventa por cento) há, no mínimo, 12 (doze) meses; II - parcial: o item é avaliado como implantado de 50% (cinquenta por cento) a 89% (oitenta e nove por cento) há, no mínimo, 6 (seis) a 11 (onze) meses; III - não existente: o item é avaliado como implantado abaixo de 50% (cinquenta por cento) ou há menos de 6 (seis) meses. Na auditoria, para cada item avaliado, são atribuídos os seguintes pontos, de acordo com o grau de conformidade verificado na operadora pela entidade acreditadora: I - total: 10 (dez) pontos; II - parcial: 5 (cinco) pontos; III - não existente: 0 (zero) pontos. É apresentado na seção 3 a empresa pesquisa, a Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico e como a Resolução Normativa 277 esta relacionada ao Planejamento Estratégico da referida empresa.

GESTÃO NA UNIMED BRUSQUE: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico tem como missão *“Oferecer produtos e serviços de assistência médica com qualidade e responsabilidade corporativa”*. Sua visão é *“Ser reconhecida como uma organização de excelência na assistência médica”*. E seus valores são Ética, Equidade, Respeito, Cooperação e Transparência. As atividades da cooperativa no município de Brusque iniciaram em 1990, quando se tratava de um escritório da Unimed Blumenau, que contava somente com uma sala comercial alugada. Em janeiro de 1997, a Unimed Brusque adquiriu autonomia. Inicialmente contava com a participação de 54 sócios fundadores (médicos cooperados), tendo diretoria própria trouxe melhorias e tornou o atendimento aos beneficiários, mais

prático e eficiente. Atualmente, a Unimed Brusque tem como área de abrangência, ou área de atuação, os seguintes municípios: Brusque, Guabiruba, Botuverá, Nova Trento, Canelinha, São João Batista e Major Gercino.

Desde 2008, a utilização do Balanced Scorecard (BSC) auxilia a cooperativa em traduzir a visão e a missão em um Mapa Estratégico. Perspectivas, objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação estão interligados para o alcance das metas propostas. Esses objetivos estratégicos foram definidos com base nas diferentes necessidades da operadora. A construção do planejamento foi realizada pelos diretores, gerentes e responsáveis das áreas em conjunto com uma consultoria especializada, além disso, todos os colaboradores tem total liberdade para opinar e sugerir novas ações no planejamento estratégico, especialmente nas reuniões onde todos são convocados bimestralmente para acompanharem os resultados dos trabalhos do BSC. Conforme a metodologia do BSC, os objetivos estão estruturados em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento. A alimentação de informações, assim como o acompanhamento e a análise crítica do resultado dos objetivos, indicadores e metas são realizadas pelos próprios colaboradores da cooperativa dos mais diversos setores. No Planejamento Estratégico da Unimed, o indicador da qualidade encontra-se no Objetivo Estratégico “Padronizar os Processos” e na Perspectiva “Processos Internos” como “Estudo de Viabilidade para Implantação da Acreditação da Unimed Brusque”. A existência deste indicador demonstra um interesse da Cooperativa no processo de Acreditação, na seção 4 entre outros resultados, serão apresentados os trechos das entrevistas realizadas com os gestores da cooperativa, possibilitando a confirmação desta questão.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O procedimento utilizado para coleta de dados junto aos gerentes da Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico foi à entrevista semiestruturada, após as devidas autorizações, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a apresentação impessoal dos trechos e organização das respostas cada entrevista foi sinalizada de acordo com o respondente sendo Gestor 01 e Gestor 02. Com o objetivo principal de identificar a consciência dos gestores da cooperativa sobre o papel da Acreditação de Operadoras de Saúde, ao longo desta seção trechos das entrevistas serão apresentados e analisados seguindo o método de análise de discurso além de comparações

com a teoria apresentadas nas seções anteriores. A primeira questão do tópico guia utilizado na entrevista visou explorar a busca pela melhoria contínua dos processos e da qualidade, sendo obtido o seguinte retorno.

[...] A Unimed Brusque nos últimos quatro anos vem investido bastante na busca da melhoria dos processos e as ações que a gente vem buscando elas na verdade vão ao encontro da necessidade de mercado de a gente estar sempre na ponta em termos de qualidade. A Unimed sendo uma empresa de prestação de serviço à gente tem que buscar constantemente essa melhoria contínua dos processos da qualidade (GESTOR 02).

A afirmação do Gestor 02, destacando a necessidade das empresas de prestação de serviços na área da saúde buscarem a qualidade, vai ao encontro com desenvolvimento teórico apresentado na seção 2.2 Qualidade na prestação de serviço de saúde. Na seção 2.2 também foram citadas por Mezomo (1995) e Las Casas (1999) a importância da participação da alta direção nos processos da qualidade, assim, os gestores também foram questionados quando a sua participação na empresa sobre o referido tema.

[...] algo primordial e essencial para uma melhoria contínua nos processos da qualidade é o envolvimento dos gestores e todos os colaboradores, então na nossa estratégia a gente buscar dar um foco muito grande na adesão da grande maioria das pessoas porque são essas pessoas que vão fazer a diferença nessa busca da qualidade. [...]A outra parte é a gente através de reuniões, de envolvimento e mostrando ao colaborador a busca da qualidade tanto para a sua formação pessoal quanto profissional, que o envolvimento dele é primordial para o desenvolvimento tanto da empresa quanto dele quanto individuo então a adesão sem duvida nenhuma é primordial, é essencial para a gente conseguir atingir os nossos objetivos (GESTOR 02).

O Gestor 01 também concorda com a importância da participação da alta direção nos processos de qualidade e ainda cita o envolvimento de todos os colaboradores.

[...] dentro do Planejamento estratégico você tem até uma área específica para a parte da qualidade que é Processo Internos, que olha a empresa como um todo do ponto de vista de Processos e busca e incentiva a todos a participarem disso.[...] A cultura da Unimed é uma cultura de participação, inclusive no Planejamento Estratégico busca exatamente isso, que todos participem, são convidados, os gestores são convidados, os próprios gestores convidam também os seus liderados para que participem e deem ideias e com isso acabam influenciando e instigando esse resultado lá no beneficiário (GESTOR 01).

Corroborando com as afirmações do Gestor 01, o Gestor 02 também cita as questões culturais da Unimed Brusque.

A Unimed hoje é uma empresa relativamente jovem, completamos esse ano 20 anos de existência agora em outubro de 2016 e dentro dos valores organizacionais a gente tem valores que na sua essência buscam a valorização do ser humano como indivíduo e busca a sua participação. Dentro dos valores nós temos a cooperação que é nossa filosofia de trabalho, na Unimed como uma cooperativa tem a equidade, temos a transparência, temos a ética e temos o respeito, e esses valores, sem dúvida nenhuma, somados eles conseguem trazer um ambiente propício e favorável para a gente conseguir desenvolver o trabalho de melhoria da qualidade e buscando sempre o crescimento da organização (GESTOR 02).

Na seção 2.3 acreditação em operadoras de saúde, os autores Malik e Teles (2001) citam justamente a importância de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade para poder obter uma acreditação. Assim, percebe que a cultura da Unimed Brusque já encontra-se em um patamar muito favorável para a acreditação. Conforme amplamente exposto na seção 2.2 a satisfação do cliente é balizador da qualidade de uma empresa, os gestores foram questionados se para a Unimed, a qualidade é fator determinante na satisfação do cliente, sendo fornecidas as seguintes respostas:

Com certeza, a qualidade é um dos fatores mais determinantes, que é o ponto de decisão para o cliente [...] (GESTOR 01). [...] a questão da qualidade hoje como um fator determinante, ele é sim, sem dúvida nenhuma, e é algo que tem que ser feito investimentos contínuos e progressivos porque a gente nunca consegue atingir a excelência, a excelência é algo que a gente busca sempre, a cada dia, a cada novo investimento a gente realiza, a gente percebe o quanto a gente evoluiu e ao mesmo tempo o quanto tempo falta ainda a gente melhorar para a gente conseguir fazer uma entrega de qualidade para o cliente. E nesse viés a gente percebe também que nós como clientes, estamos mais exigentes também, temos mais conhecimento dos nossos direitos, temos mais acesso a informação e a gente cobra também uma qualidade ainda maior, então isso acaba sendo um motivador para a empresa buscar essa qualidade contínua (GESTOR 02).

Novamente o Gestor 02, reforça a importância da qualidade nas empresas de prestação de serviço:

O desafio da qualidade ele acaba sendo maior quando o trabalho é com uma empresa de prestação de serviço, que o nosso produto não é um produto tangível, o nosso produto é saúde e quando a gente fala de saúde a gente entende que cada indivíduo, cada ser humano possui sua expectativa diferente uma das outras, então isso acaba sendo um motivador para todos

nós e um desafio ainda maior para a gente buscar a melhoria continua e buscar a nossa excelência que faz parte da nossa missão e da nossa visão(GESTOR 02) .

Na sequência, os gestores finalmente foram questionados quanto ao seu conhecimento sobre a RN 277, que se demonstrou pleno conhecimento a cerca da Resolução Normativa RN 277 e suas implicações.

Nós temos conhecimento da resolução normativa 277 da agência nacional de saúde que busca de forma não obrigatória mas sim optativa das operadoras de plano de saúde buscarem uma acreditação de qualidade para fins da operadora, a gente tem conhecimento, já fizemos um trabalho de detalhamento e aprofundamento dessa resolução normativa a gente acredita que é algo muito importante que a ANS lançou no mercado de operadoras de plano de saúde [...]Frente a isso a Unimed Brusque já se antecipou a gente já esta fazendo um trabalho interno de análise de impacto da implantação dessa RN, principalmente na parte de investimentos para a gente conseguir adequar a operadora Unimed Brusque a RN277 e a gente acredita que no ano de 2017 a gente deve iniciar os trabalhos internos para começar a se adequar e quem sabe no final de 2017, início de 2018 a gente conseguir remeter a Unimed a auditoria e a certificação das empresas acreditadoras e estar de acordo com a RN277 (GESTOR 02)

Referente a importância da implementação do Programa de Acreditação e seus benefícios os entrevistados pontuaram o seguinte:

A importância é você dizer para o mercado que você tem um selo, você tem uma acreditação e você foi medido por uma instituição de qualidade do país, uma instituição de confiança que lhe deu esse selo, então você esta se qualificando para o mercado (GESTOR 01). A importância de ter um programa de acreditação é ser submetido a um órgão externo especializado em controle e em gestão da qualidade. Quando a gente busca a qualidade internamente, a gente tem indicadores internos, nós temos indicadores de benchmarking com outras operadoras, com outras Unimeds e tu consegue se balizar e conseguir se situar se o teu nível de entrega, se teu nível de satisfação do cliente esta de acordo e quando vem uma acreditadora, uma acreditador de empresa externa, especializada na qualidade nós entendemos que isso seria um certificado que atesta se a operadora[...] esta realizando as entregas conforme determina as boas praticas de mercado, então ter uma empresa externa que faça a acreditação da Unimed, da nossa operadora de plano de saúde, isso reforça ainda mais para o publico externo, que existe um órgão totalmente independente, especializado no que faz e que esta atestando a Unimed Brusque como uma empresa que realiza as boas práticas e que esta no caminho correto para a entrega do seu produto com qualidade (GESTOR 02).

As contribuições dos gestores da Unimed estão alinhadas com as exposições realizadas na seção 2.2 Qualidade na prestação de serviço de Saúde, com destaque na

exposição das poucas operadoras de saúde acreditadas pela ANS, sendo um verdade diferencial.

Com as informações recebidas na entrevista verificou-se que as questões culturais e de conhecimento sobre a RN 227 já estão bem desenvolvidas, sendo assim, foi questionado se o atual quadro de colaboradores há possibilidade da implementação de um Programa de Acreditação e se há necessidade da criação de um setor específico da qualidade?

[...] obviamente que um programa desse nível exige um esforço bem maior da equipe, mas há a possibilidade de fazer um programa de acreditação plenamente. Existe a necessidade de criar um setor da qualidade para [...] que se tenha realmente um dono para fazer a condução. (GESTOR 01). [...] Invariavelmente o investimento é necessário, seja em pessoas, seja em capacitação, em treinamentos, seja na própria contratação da empresa acreditadora. [...]Eu acredito que na Unimed Brusque a gente consiga iniciar o programa de acreditação com a equipe atual que nós temos, mas pensando em uma acreditação e numa continuidade desse processo e que esse processo não se perca no meio do caminho que a gente crie uma via que busque o crescimento se faz necessário sim investimentos em pessoas que vão estar dedicadas a esse trabalho e possivelmente com a necessidade de uma contratação de mais pessoas que vão ficar específicas nessa atividade. (GESTOR 01).

Convém evidenciar que durante a análise da transcrição dos trechos da entrevista nota-se um alinhamento dos Gestores da Unimed Brusque com a fundamentação teórica presente neste artigo. Percebe-se que a Unimed Brusque possui uma forte cultura de participação dos colaboradores e um foco na satisfação dos clientes. Também destaca-se o interesse da Cooperativa em iniciar o processo de Acreditação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo possibilitou o aprimoramento de conhecimento técnicos referentes a qualidade, concluindo que a mesma é indispensável para garantir o posicionamento da empresa no mercado além de garantir satisfação dos clientes e consequentemente a maximização dos resultados. A qualidade não se resume a conformidade com os padrões pré-estabelecidos ou como adequação dos processos para determinado objetivo ou finalidade, mas atualmente também como um balizador de satisfação tanto para o cliente externo. As empresas buscam a Acreditação para quantificar e formalizar sua adoção com os padrões de qualidade. O processo de acreditação procura

obter melhores resultados avaliando, padronizando e melhorando os recursos da empresa tanto na sua estrutura quanto nos seus processos.

A escolha da aplicação do tema na Unimed deu-se justamente pela cultura organizacional voltada para melhoria contínua e os esforços da operadora para a satisfação de seus clientes internos e externos chegando a um patamar propício para um próximo passo: A Acreditação. Assim, o objetivo proposto no presente artigo “identificar a consciência dos gestores da cooperativa sobre o papel da Acreditação de Operadoras de Saúde” foi concluído por meio das entrevistas realizadas com os gestores onde demonstrou que os gestores possuem conhecimento da resolução além de reconhecerem sua importância, também foi possível identificar que a Unimed possui uma cultura organizacional propícia para iniciar um processo de acreditação. Levando em consideração que a RN277 é hoje um verdadeiro diferencial para as operadoras de Plano de Saúde, recomenda-se a concretização da busca por esse Certificado de Acreditação.

REFERÊNCIAS

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados consolidados saúde suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acessos em 02 nov. 2016 a.

_____. *Espaço da Operadora: Ressarcimento ao SUS*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 28 nov. 2016b.

BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BETTIO, Marília de. *Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de Planejamento e Qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz*. 2007. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2007.

BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasil, 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Presidência Da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei no 9.961 de 28 de janeiro de 2000*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 02 nov. 2016.

_____. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 02 nov. 2016.

CAETANO, João. *Importância da Gestão na Área da Saúde*. Faculdade Unimed. Disponível em: <http://www.fundacaounimed.org.br/Paginas/noticia.aspx?idn=262>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

DEMING, W. E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

EITERER, Luiz Henrique. *O método da análise do discurso*. 2008. Disponível em <<http://lheimerer.blogspot.com.br/2008/07/o-mtodo-da-anlise-do-discurso.html>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

GASTAL, Fabio Leite e Leite S. O. *Prevenção e Assistência Psiquiátrica sob o enfoque da qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema*. São Paulo: Revista ABP-APL v. 14, n.4: 159 – 167. 1992.

GONÇALVES, Ernesto Lima. *Gestão Hospitalar – Administrando o Hospital Moderno*. São Paulo: Saraiva, 2006.

KUAZAQUI, Edmir; **TAKANA**, Luiz Carlos Taeshi. *Marketing e Gestão Estratégica de Serviços em Saúde*. São Paulo: Thomson, 2008.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. *Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MALIK, A. M.; **TELES**, J.P. *Hospitais e Programas da Qualidade no Estado de São Paulo*. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3. 2001.

MEZONO, João Catarin. *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995.

PALADINI, E. P. *Gestão da Qualidade no Processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas, 1995.

OMS - World Health Organization 1948 - *Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde como adoptado pela Conferência Internacional de Saúde*, New York, 19-22 junho de 1946; assinado em 22 de Julho de 1946 pelos representantes dos 61 Estados (Registros Oficiais da Organização Mundial da Saúde, no. 2, p. 100) e entrou em vigor em 7 de Abril de 1948. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> Acesso em: 12 out. 2016.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. O que é Acreditação? Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PAUL, Norberto Luiz de França. *Gestão de Pessoas no Processo de Acreditação em um Hospital Público na Baixada Santista*. 2012. 130f. Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos. Santos: 2012

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *Política pública: qual o rumo?* Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Sus_politica.pdf. Acesso em: 26 nov. 2016.

SILVA, Severino Francisco da. *Marketing de serviços: Fundamentos, análises e práticas no setor de saúde*. Maceió: EDUFAL, 2005. SUS, Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acesso em 06 nov. 2016.