

UNIVERSIDADE PAULISTA

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE DESEMPENHO NA
PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS:
Um estudo de caso no Hospital Lacan**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração da Universidade Paulista – UNIP para obtenção do título de Mestre em Administração.

HEWDY LOBO RIBEIRO

**SÃO PAULO
2014**

UNIVERSIDADE PAULISTA

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE DESEMPENHO NA
PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS:
Um estudo de caso no Hospital Lacan**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Administração da Universidade
Paulista – UNIP para obtenção do título de
Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Bazanini

HEWDY LOBO RIBEIRO

**SÃO PAULO
2014**

Ribeiro, Hewdy Lobo.

Gestão estratégica de desempenho na perspectiva dos Stakeholders: um estudo de caso no hospital Lacan / Hewdy Lobo Ribeiro - 2014.

198 f. il; color + Foto.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2014.

Área de Concentração: Estratégia e seus Formatos Organizacionais.

Orientador: Prof. Roberto Bazanini.

1. Hospital Psiquiátrico. 2. Stakeholder. 3. Escola cognitiva. I. Título. II. Bazanini, Roberto (orientador).

HEWDY LOBO RIBEIRO

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE DESEMPENHO NA
PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS:
Um estudo de caso no Hospital Lacan**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração da Universidade Paulista – UNIP para obtenção do título de Mestre em Administração.

Avaliado em:

BANCA EXAMINADORA

_____ / ____ / ____

Prof. Dr. Roberto Bazanini

Universidade Paulista – UNIP

_____ / ____ / ____

Prof. Dr. Pedro Lucas de Resende Melo

Universidade Paulista – UNIP

_____ / ____ / ____

Prof. Dr. Júlio Araujo Carneiro da Cunha

Universidade Nove de Julho

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação a Deus pela oportunidade do aprendizado e a minha Esposa Andrea Terrell por compreender as horas ausentes do convívio afetivo em favor da ciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo a Deus pela vida e pelas oportunidades; aos meus Pais pela educação ao mesmo tempo afetiva e rígida; minha Esposa pela compreensão das horas subtraídas na convivência; aos Professores Roberto Bazanini e Julio Cunha pela paciência no ensino; e a Auxiliar de Pesquisa Ana Carolina Schmidt com esforço para operacionalizar parte prática. Agradeço à oportunidade de ter realizado esta pesquisa com o apoio do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares – PROSUP. Também, a todos que participaram direta ou indiretamente na concretização deste esforço.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Acentuadamente, nas últimas duas décadas os hospitais psiquiátricos no Brasil reduziram o número de vagas de internação, e vários deles encerraram as atividades em decorrência da política brasileira de saúde mental, que prevê o fechamento de leitos para atendimento por ambulatórios. O Hospital Psiquiátrico Lacan, de São Bernardo do Campo, é uma exceção nesse contexto, pois quadruplicar as vagas e alcançou contabilidade lucrativa. A questão central da pesquisa está em encontrar respostas referentes às ações desenvolvidas pelo hospital para os resultados positivos durante a crise do setor. Por meio de pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa e utilização das técnicas Entrevista em Profundidade e Grupo Focal, o objetivo foi identificar elementos relativos ao processo de avaliação e mensuração estratégica de desempenho, utilizados nos atuais momentos de crise no setor. Os resultados da pesquisa indicam que a qualidade de tratamento aos pacientes para contribuírem com sua adesão e sucesso, tem como capacidades a satisfação e a capacitação da equipe de profissionais, a fim de prestar um bom atendimento. A análise dos resultados na perspectiva dos referenciais de Avaliação de Performance pelo Prisma de Desempenho e Teoria Cognitiva de estratégia remete à ideia de que apesar do aparente não alinhamento dos processos e capacidades à estratégia, e a parceria com a Secretaria Estadual de Saúde não atender à estratégia formal do Hospital Lacan de autogestão, houve repercussão positiva nos aspectos relacionados à lucratividade e crescimento.

Palavras-chave: Hospital Psiquiátrico. Stakeholder. Stakeholder Salience. Performance pelo Prisma de Desempenho. Escola Cognitiva.

ABSTRACT

More and more, in the last two decades, the psychiatric Brazilian hospitals reduced the number of in-patient rooms and many of them have stopped their activities due to the mental health Brazilian policies which goal is to stop having the possibility of receiving this kind of patient in ambulatories. The Lacan Psychiatric Hospital in São Bernardo do Campo is an exception in this context because they have made this kind of in-patient four times bigger reaching profit in their activity. The main subject of the research is to find out the answers regarding what the Hospital has done to reach positive results during the crisis in this activity area. By the use of a descriptive exploratory research, with a qualitative nature and using all the technical Deep-Interview and Focal Group, the research goal is to identify the facts related both to the evaluation process and to the strategic measurement of utilized performance during the crisis moments in this specific area. The results of the research show that the treatment quality to the patients, so that they may cooperate with their will to the treatment success, have as enable factors the professional team satisfaction and adequate preparation so they may receive the patients properly. The research analysis regarding the Performance Evaluation considering the Performance Point of View and the strategic Cognitive Theory lead us to the idea that, in spite of the differences of processes and capabilities with the strategy and the partnership with the Health State Secretary do not follow the Lacan Hospital formal strategy regarding self-suggestion attitude, there were positive results regarding profits and growing.

Key-words: Psychiatric Hospital. Stakeholder. Stakeholder Salience. Performance Point of View. Cognitive School.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Motivos da escolha do Hospital Psiquiátrico Lacan como objeto de pesquisa	27
Quadro 2 – Tipologia do Modelo <i>Stakeholder Salience</i>	37
Quadro 3 – Níveis da gestão dos <i>stakeholders</i>	38
Quadro 4 – Tipologias essenciais de relacionamento e de influência nas estratégias	39
Quadro 5 – Comparação entre grupo focal e entrevista em profundidade	69
Quadro 6 – Versão de roteiro de perguntas apresentado no grupo focal.....	74
Quadro 7 – <i>Stakeholders</i> na visão de cada participante do estudo	93
Quadro 8 – Ênfase dos <i>stakeholders</i> na entrevista em profundidade e no grupo focal.....	95
Quadro 9 – Análise das influências dos <i>stakeholders</i> identificados na entrevista em profundidade e no grupo focal.....	98
Quadro 10 – Consenso da Satisfação dos <i>Stakeholders</i>	113
Quadro 11 – Consenso das Contribuições dos <i>Stakeholders</i>	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A reforma psiquiátrica e a demanda por vagas em saúde mental	21
Figura 2 – Demanda por conhecimentos gerenciais em hospitais psiquiátricos	22
Figura 3 – Evolução do Hospital Lacan.....	26
Figura 4 – Fluxograma do estudo.....	30
Figura 5 – Referenciais teóricos.....	31
Figura 6 – Definições de <i>stakeholder</i>	34
Figura 7 – Modelo Adaptado Esquemático do Prisma de Desempenho	48
Figura 8 – Cinco facetas do <i>Performance Prism</i>	51
Figura 9 – Evolução das políticas para álcool e drogas	58
Figura 10 – Pesquisa qualitativa	62
Figura 11 – Passos da pesquisa	78
Figura 12 – Modelo de processo paralelo de tomada de decisão estratégica.....	83
Figura 13 – <i>Stakeholders</i> do Hospital Lacan, segundo o diretor	87
Figura 14 – <i>Stakeholders</i> selecionados para grupo focal.....	88
Figura 15 – Principais <i>stakeholders</i> na visão da Responsável Técnica de Psicologia.....	89
Figura 16 – Principais <i>stakeholders</i> na visão da Responsável Técnica de Enfermagem.....	90
Figura 17 – Principais <i>stakeholders</i> na visão da Responsável Técnica de Serviço Social	91
Figura 18 – Principais <i>stakeholders</i> na visão da Responsável Técnica da Recepção	92

Figura 19 – <i>Stakeholders</i> identificados na entrevista em profundidade e no grupo focal.....	92
Figura 20 – Prisma – Satisfação dos <i>Stakeholders</i>	108
Figura 21 – Síntese da Análise quanto aos <i>stakeholders</i> Pacientes e Familiares ..	110
Figura 22 – Síntese da Análise quanto ao <i>stakeholder</i> Equipe.....	111
Figura 23 – Síntese da Análise quanto aos <i>Stakeholders</i> Secretaria de Saúde e outras instituições contratantes	112
Figura 24 – Prisma – Contribuições dos <i>Stakeholders</i>	114
Figura 25 – Síntese da Análise quanto às necessidades do Hospital Lacan	117
Figura 26 – Prisma – Estratégias	121
Figura 27 – Síntese da Análise quanto aos Objetivos do hospital.....	125
Figura 28 – Prisma - Processos	128
Figura 29 – Síntese da Análise dos Processos	131
Figura 30 – Prisma - Capacidades	132
Figura 31 – Síntese da Análise das Capacidades e Recursos.....	134
Figura 32 – Planejamento e condução do grupo focal	135
Figura 33 – Prisma do Desempenho do Hospital Lacan	137
Figura 34 – Produto Final.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CAPS AD	Centros de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
DRS	Departamento Regional de Saúde
GF	Grupo Focal
GSB	Grupo Saúde Bandeirantes
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPAD	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Drogas
LDUDPB	Levantamento Domiciliar do Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LOAS	Lei Orgânica de Assistência à Saúde
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RT	Responsável Técnica

PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: CONTEXTO BRASILEIRO DO SISTEMA DE PSIQUIATRIA E A NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O SETOR	15
1.1 Revisão de literatura	15
1.2 Uso de drogas e Sistema Único de Saúde	17
1.3 Exigência de conhecimentos gerenciais para gerir crises em organizações de saúde	22
1.4 Avaliação de desempenho de um hospital psiquiátrico: o caso do Hospital Lacan	24
1.5 Objetivos	28
1.6 Estruturação do estudo	29
2 REVISÃO DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS	31
2.1 Estratégia administrativa	31
2.2 Teoria dos <i>Stakeholders</i>	33
2.2.1 <i>Stakeholders</i> e serviços de tratamento de dependência química	40
2.3 Administração em saúde e gestão hospitalar	43
2.4 Avaliação pelo prisma de desempenho	45
2.5 Aplicação dos referenciais teóricos em organizações de saúde e hospitalares psiquiátricos	53
2.6 Políticas públicas de saúde para dependência química	55
3 PROCEDIMENTOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS	59
3.1 Unidade de análise - negócio Hospital Psiquiátrico Lacan	59
3.2 Considerações epistemológicas sobre a pesquisa qualitativa	60
3.2.1 Escolha do estudo de caso único	60
3.2.2 Escolha da pesquisa qualitativa	61
3.3 Primeira fase – pesquisa qualitativa exploratória	63
3.4 Segunda fase – pesquisa descritiva	66
3.4.1 Procedimentos metodológicos e aspectos relevantes do grupo focal	72

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
4.1 Análise dos dados coletados na primeira fase – entrevista em profundidade	79
4.1.1 Análise documental	79
4.1.2 Entrevista com o diretor e planejamento do grupo focal.....	80
4.1.2.1 Aplicação da teoria cognitiva da escola de administração estratégica	80
4.2 Análise da segunda fase – grupo focal e discussão dos dados das fases um e dois	85
4.2.1 Aplicação da Teoria dos <i>Stakeholders</i>	86
4.2.2 Aplicação do modelo da Avaliação de Desempenho por meio do Prisma de Desempenho	107
4.2.2.1 Análise da Satisfação dos <i>Stakeholders</i>	107
4.2.2.2 Análise das Contribuições dos <i>Stakeholders</i>	114
4.2.2.3 Análise das Estratégias.....	121
4.2.2.4 Análise dos Processos.....	128
4.2.2.5 Análise das Capacidades.....	131
5 CONCLUSÕES.....	138
5.1 Limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.....	143
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICE A – ADAPTAÇÕES NO ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	155
APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM O DIRETOR.....	160
APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DO GRUPO FOCAL	167
ANEXOS	188
ANEXO A – LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	188
ANEXO B – LEI 10.246.....	190
ANEXO C – JORNAIS DO SINDHOSP	192
ANEXO D – PUBLICAÇÕES DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO.....	195
ANEXO E – MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HOSPITAL LACAN	198

1 INTRODUÇÃO: CONTEXTO BRASILEIRO DO SISTEMA DE PSIQUIATRIA E A NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O SETOR

1.1 Revisão de literatura

Nas últimas duas décadas alguns trabalhos científicos foram publicados sobre a relação entre saúde pública e gerenciamento. Dentre essas pesquisas, a de Carneiro da Cunha (2011) enfatiza a avaliação de desempenho e eficiência em hospitais filantrópicos. O autor desenvolveu um modelo de avaliação para esses serviços de saúde, sendo único na literatura brasileira na temática e, portanto, muito relevante à área da saúde. Porém, a tese de Carneiro da Cunha (2011) não contemplou a avaliação de desempenho de hospitais psiquiátricos, segmento de mercado em expansão diante das novas políticas públicas nacionais e estaduais para o tratamento da dependência química, que são “Crack: é possível vencer” e “Programa Recomeço”, que têm a proposta de financiamento de leitos em enfermarias psiquiátricas.

Carneiro da Cunha (2011) destaca em seu modelo o papel dos *stakeholders* (partes interessadas) na avaliação de desempenho nas organizações de saúde. Tendo em vista a importância de conhecer as influências dos *stakeholders* de hospitais psiquiátricos e outros equipamentos de saúde para dependência química, estudos de diversos países preocuparam-se em pesquisar aspectos como a satisfação da comunidade em relação ao serviço de tratamento para dependência química (LANGFORD; PHILLIPS, 2002); influência para melhoria da qualidade do serviço de saúde mental e dependência química (BERENDS, 2010; PATTERSON et al., 2009); fatores que facilitam ou dificultam o acesso ao tratamento (PHILBIN; ZHANG, 2010; APPEL et al., 2004); opinião de *stakeholders* como ferramenta de gerenciamento (APPEL; OLDAK, 2007); identificar a eficácia de um programa para dependência química (MCCART et al., 2012). Esses estudos internacionais, apesar de representarem grande avanço ao considerar as influências dos *stakeholders* nas organizações que oferecem tratamento ao dependente químico, não contemplam a necessidade das instituições de modelos de avaliação de desempenho. Infelizmente não existem até o momento artigos brasileiros específicos sobre a relação dos *stakeholders* e serviços de tratamento para dependência química.

O trabalho de Hourneaux Junior (2010) ressalta a importância das relações entre *stakeholders* e os sistemas de mensuração do desempenho organizacional, tendo em vista que a medida é importante para a tomada de decisões adequadas pela organização, representando mais uma investigação que demonstra a efetividade da inclusão dos *stakeholders* na avaliação de desempenho. Contudo, o autor aplica sua pesquisa em empresas do setor industrial, não abordando serviços de saúde de nenhum tipo.

Por sua vez, Machado (2012) analisa os fatores que influenciaram a formulação de uma política pública brasileira para assistência farmacêutica, na área da saúde, por meio de teorias da administração pública, entre elas a teoria de *stakeholders*. A autora, em sua revisão bibliográfica, destaca que não foram encontrados estudos nacionais sobre políticas públicas de saúde relacionados à teoria de *stakeholders*, o que é uma lacuna na literatura relacionada à saúde. Apesar de ser estudo inovador na área da saúde, por apresentar a relação saúde pública e teoria dos *stakeholders*, a pesquisa de Machado (2012) se mantém restrita ao campo da política pública para medicamentos, não abordando o campo da psiquiatria ou dependência química.

Nesta linha de raciocínio, Ibañez et al. (2006) avaliam aspectos relacionados à qualidade do serviço prestado pela Atenção Básica em uma amostra de municípios do Estado de São Paulo, verifica-se a ausência de ferramentas para a mensuração de desempenho na área da saúde. Segundo Malik e Teles (2001), um número preocupante de dirigentes hospitalares desconhece sistemas de avaliação de qualidade.

Entretanto, não obstante a relevância desses trabalhos nos estudos de estratégia, pesquisas diretamente relacionadas à teoria dos *stakeholders* e modelos de avaliação de desempenho para o enfoque do hospital psiquiátrico não foram encontradas, revelando uma lacuna na literatura da interface saúde e administração. Com o intuito de preencher essa lacuna o presente trabalho analisa a gestão estratégica de desempenho do Hospital Lacan na perspectiva da teoria dos *stakeholders*.

1.2 Uso de drogas e Sistema Único de Saúde

A dependência química é problema de saúde pública que gera distúrbios na esfera da saúde e âmbito social. Socialmente, existe grande tendência em se associar usuários de drogas e altos índices de consumo de drogas a problemas de violência, em decorrência da agressividade e sintomas depressivos que as drogas podem causar (TAVARES et al., 2012). No entanto, o Estado brasileiro entende que se trata de problema não meramente de justiça penal, mas uma questão social, buscando diferentes perspectivas para se abordar o assunto (SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Parte da preocupação do combate às drogas é voltada a identificar alternativas para a reinserção do indivíduo no ambiente social como aspecto do cuidado integral a ele dispensado (e.g. ALVEZ; LIMA, 2013).

Paralelamente ao problema social, a incidência de usuários de drogas na sociedade provoca preocupação no Estado sobre o atendimento desses indivíduos no sistema de saúde nacional. Principalmente considerando que parte deles é internada em hospitais psiquiátricos, o que gera grandes custos e demandas estruturais e administrativas.

A preocupação aumenta ainda mais quando se percebe que o uso de drogas no Brasil é considerado alarmante. Dados do INPAD (2013) demonstram que o consumo de drogas lícitas e de drogas ilícitas aumenta no Brasil desde 2006. A dependência química, mesmo de substâncias lícitas como álcool, é considerada um dos principais problemas de saúde pública no país (BRASIL, 2003). Os dados apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) de 2013 (INPAD, 2013), indicam o aumento do consumo de álcool e drogas em uma amostra de 4.607 indivíduos a partir dos 14 anos de idade e o comportamento de uso nocivo do álcool. Especificamente, o II LENAD afirma que a dependência de álcool na população foi de 6,8%, sendo 10,5% entre os homens e 3,6% entre as mulheres (LARANJEIRA, 2013).

Ainda no mesmo estudo, o uso frequente de maconha foi detectado como presente em 3% da população adulta, e a dependência em 40% desses usuários. Entre os adolescentes, o índice da dependência de maconha foi de 10%. Ressalta-se que um terço dos adultos usuários já tentou parar e não conseguiu, enquanto

27% apresentaram sintomas de abstinência ao tentar interromper o uso, revelando a urgência de tratamento especializado para essa população (INPAD, 2013).

Quanto à cocaína e ao crack, a prevalência de uso no último ano é de 2,2% entre os adultos e 2% dos adolescentes, sendo a de dependência dessa substância de 0,6% na população e de 41,4% entre os usuários (INPAD, 2013; ABDALLA et al., 2013).

Portanto, considerando que os dados do II LENAD mostram o crescimento do uso de álcool e outras drogas, os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (II LDUDPB) de 2005, o mais recente disponível pelo Observatório de Investigação sobre Drogas (OBID), já mostravam dados significativos sobre a situação há cerca de dez anos. Isto é, a pesquisa estima que 22,8% da população brasileira já utilizou drogas ilícitas alguma vez na vida, o que representa aproximadamente 38 milhões de pessoas (OBID, 2005), e 74,6% dos brasileiros já utilizaram álcool e 44% usaram tabaco (OBID, 2005). Em relação à dependência dessas substâncias psicotrópicas, a Tabela a seguir demonstra os casos mais incidentes na população estudada pelo II LENAD (2013).

Tabela 1 – Distribuição dos portadores de dependência química, segundo levantamento do II LENAD (2013)

Drogas	% de dependentes	Quantidade aproximada de portadores de dependência química
Álcool	06,8	8,0 milhões
Tabaco	15,6	20 milhões
Maconha	01,1	1,3 milhões
Cocaína	0,6	1 milhão

Fonte: INPAD (2013)

De modo geral, as informações do II LENAD mostram que a quantidade aumentou desde 2006, deduz-se que a atual situação do país é ainda mais alarmante, e gera preocupação significativa aos desenvolvedores e executores de políticas públicas.

Para solucionar um problema de tamanha magnitude, esforços oriundos da esfera pública são conduzidos em direção à qualidade e quantidade de

atendimentos aos pacientes. Historicamente, as assistências psiquiátricas se concentraram na hospitalização e asilamento do usuário dependente (PEREIRA et al., 2013): “Em 1987, iniciou-se a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que objetivava a regulamentação da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios” (PEREIRA et al., 2013, p. 34). A reforma psiquiátrica foi o movimento que teve como objetivo a superação do modelo de hospital psiquiátrico pautado na violência e desrespeito aos direitos do portador de transtorno mental, por meio de mudanças políticas e, em especial, na lei e na assistência da saúde mental (BRASIL, 2005). As reivindicações não eram apenas relacionadas aos maus-tratos dos pacientes, mas aos salários dos funcionários do setor, redução da quantidade excessiva de consultas e melhor formação dos recursos humanos (PARENTE et al., 2013). Esperava-se que houvesse a substituição de leitos de manicômios por leitos psiquiátricos regulamentados em hospitais gerais, além do tratamento do paciente por meio de um processo social no qual os serviços substitutos e a rede comunitária serviriam para sustentar o tratamento do indivíduo (PEREIRA et al., 2013). A política era de substituição das instituições por serviços ambulatoriais, com a inserção do doente mental em seu território, oferecendo-lhe condições de tratamento integral; afinal, conforme mostram Souza et al. (2013), são múltiplos os determinantes que levam o indivíduo ao uso prejudicial dessas substâncias.

No entanto, observaram-se que no Brasil, principalmente nos últimos 20 anos, a ausência de uma rede de tratamento estrutural para essas pessoas, e principalmente a falta de leitos em serviços hospitalares que atendam à demanda (SENADO FEDERAL, 2011). A explicação tem seu ponto de partida na certeza de que no Brasil os tratamentos de saúde, incluindo a dependência química aqui discutida, podem ser feitos no sistema público, o SUS, que abrange todos os tipos de serviços de saúde, garantindo à população brasileira acesso integral, universal e gratuito. A Lei Orgânica de Assistência à Saúde (LOAS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi marcante pela introdução do SUS no Brasil. Trechos pertinentes ao presente estudo estão no Anexo A.

Os hospitais psiquiátricos historicamente foram financiados pelo SUS (desde 1990), ainda que em caráter ambulatorial. Trechos da Lei 10216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, de hospitalar para ambulatorial, estão no Anexo B.

Todavia, existe uma corrente crítica a essa política, que eliminou as vagas em hospitais psiquiátricos sem ter estabelecido alternativa na prática que atendesse a todas as demandas dos dependentes químicos. Por apresentarem uma doença tão complexa, exigem cuidados especializados para a recuperação (BRASIL, 2011 a). As críticas se sustentam no fato de que os pacientes teriam no hospital especializado melhor ambiente terapêutico.

Diversos hospitais psiquiátricos tentaram manter-se com a verba proveniente dos atendimentos via SUS destinada a essas vagas; todavia, como o valor da internação é significativamente inferior ao essencial à prestação do serviço, foram inevitáveis a falência e o encerramento das atividades de vários hospitais psiquiátricos.

O problema se agrava ainda mais quando a psiquiatria é vista com ênfase apenas pelos órgãos públicos, havendo ações isoladas pelo poder público (BÜCHELE et al., 2009) sem grandes articulações com outros contratantes, em especial com a iniciativa privada. Há políticas voltadas à redução de leitos de psiquiatria, e, ainda que a política da reforma psiquiátrica paute o fechamento de vagas, a demanda por esses leitos continua real e urgente.

Depara-se com um cenário de recursos escassos ao atendimento do paciente psiquiátrico, o que exige do gestor hospitalar mais conhecimentos gerenciais para lidar com a situação de restrições de recursos. A própria falta de excelência e profissionalização da gestão hospitalar no Brasil é considerada um dos motivos de o desempenho dos hospitais ser inferior às suas potencialidades (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009) e das consequentes falências de hospitais psiquiátricos que passaram por dificuldades para captação de receita.

Em publicação no Jornal do SINDHOSP, Mendes (2013) discorre sobre a crise dos hospitais psiquiátricos e as exigências de mudanças em suas práticas diante da política nacional antimanicomial. O autor ressalta o fechamento dos hospitais que não buscaram prestar serviços de qualidade e o sucesso daqueles que se adaptaram às demandas da área. Destaca que a busca pela modalidade de tratamento cresce pelo próprio crescimento populacional e aumento da frequência e gravidade dos transtornos mentais. “A política nacional por fechamento de leitos é

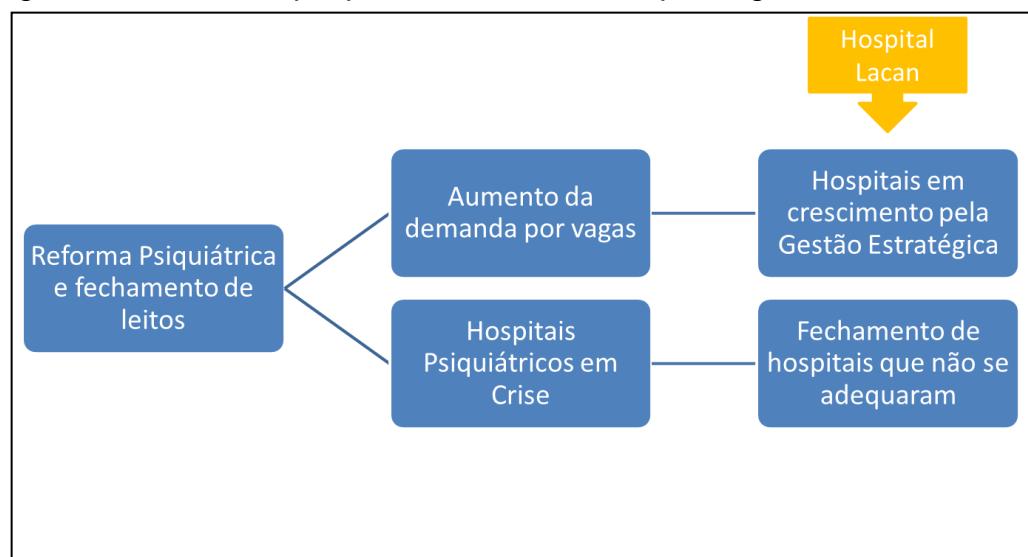
mais contundente do que qualquer sofrimento que ela possa causar" (MENDES, 2013, p.10).

O autor analisa que em decorrência do não reajuste da diária hospitalar, o serviço foi precarizado, e o desafio da melhora do desempenho dos hospitais apenas aumentou. Mendes (2013) defende ser urgente que os hospitais revejam sua missão, princípios, valores e planejamento estratégico, para se manterem em longo prazo, indicando ser preciso ampliar as opções de atendimentos e a busca por clientes que financiem o serviço.

O Hospital Psiquiátrico Lacan apresentou grande diferencial, o que se justifica não apenas por se tratar de iniciativa privada direcionada ao atendimento psiquiátrico, mas porque, apesar da crise, conseguiu aumentar o número de leitos contratados com valor adequado pela Secretaria Estadual de Saúde. E a instituição fez crescer os rendimentos e resultados financeiros, passando de 30 vagas em 2009 para aproximadamente 120 vagas em 2013 (Grupo Saúde Bandeirantes, 2013; LEITE, 2013).

A figura 1 ilustra a relação dos hospitais psiquiátricos com a reforma psiquiátrica, e a posição do Hospital Psiquiátrico Lacan:

Figura 1 – A reforma psiquiátrica e a demanda por vagas em saúde mental



Fonte: Elaborada pelo autor

Portanto, o domínio dos aspectos relacionados à estratégia empresarial é de fundamental importância para se enfrentar as crises nas organizações de saúde.

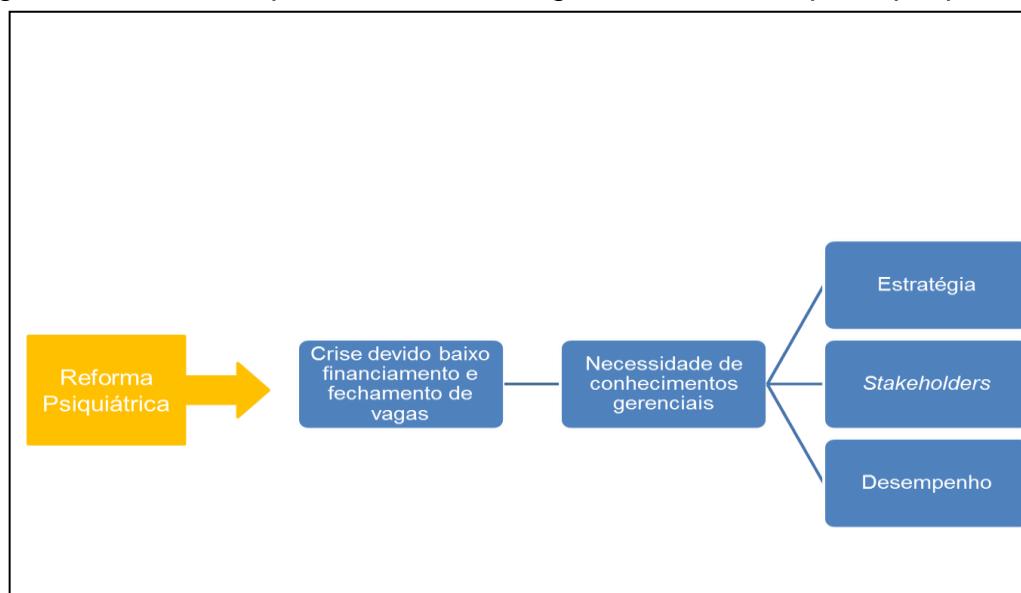
1.3 Exigência de conhecimentos gerenciais para gerir crises em organizações de saúde

Como observado no item anterior, apesar de a política da reforma psiquiátrica prever o fechamento e redução de leitos, a demanda por vagas em hospitais psiquiátricos tende a crescer diante da gravidade da dependência química na população brasileira. Tornam-se imprescindíveis os conhecimentos gerenciais para a gestão desse tipo de serviço em um ambiente de embate.

Nesse ponto é importante ressaltar que, apesar de existirem cursos de MBAs (*lato sensu*) em administração hospitalar que abordam a temática de avaliação de desempenho, não estão estruturados como as organizações de saúde mental exigem. Além disso, não há produção acadêmica significativa de pós-graduação *stricto sensu* sobre conhecimentos gerenciais para instituições de saúde mental.

A figura 2 ilustra a carência, apresentando as teorias de gestão escolhidas para a análise do caso único do presente estudo: Escola de Estratégia, Teoria dos *Stakeholders* e Modelo do Prisma de Desempenho.

Figura 2 – Demanda por conhecimentos gerenciais em hospitais psiquiátricos



Fonte: Elaborada pelo autor

Uma das formas de se buscar incrementar a gestão aplicada a esse tipo de organização (hospitais psiquiátricos) é por meio das atividades gerenciais de

controle, o que inclui monitoramento e mensuração dos resultados operacionais e gerenciais pelos sistemas de avaliação de desempenho. Apesar de se ter discutido o caso da presente pesquisa a partir do Modelo de Desempenho de Neely, Kennerley e Adams (2000), uma alternativa bastante abordada e estudada é a aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC) de Kaplan e Norton (1992) ao contexto hospitalar (e.g. GORDON et al., 1998; NARANJO-GIL, 2009). Nesse sistema, “as perspectivas financeiras e de clientes seriam determinadas pelas perspectivas de inovação e processos internos da organização” (CARNEIRO DA CUNHA; CORRÊA, 2013, p.488). Existem mapas estratégicos que relacionam as diferentes perspectivas de avaliação do BSC (financeira, clientes, processos internos, inovação), demonstrando como as relações de indicadores financeiros e de causa-efeito são importantes à avaliação de desempenho organizacional (KAPLAN; NORTON, 2004). Além disso, a avaliação permite que se tenha o alinhamento estratégico, garantindo a possibilidade de se controlar o gerenciamento a partir de ações e cumprimento de objetivos de acordo com a estratégia global da organização (KAPLAN; NORTON, 2006).

Todavia, ao se discutir a aplicação de modelos de avaliação de desempenho elaborados para contextos industriais em outros ambientes, como o de saúde, Kazandjian e Lied (1999) frisam o cuidado que se deve ter na replicação. Segundo Carneiro da Cunha e Corrêa (2013), apesar do grande número de profissionais que fazem ou fizeram a transposição, muitas vezes sem as devidas adequações, não se deve considerar como definitiva a replicação para o contexto da saúde. Segundo Schiesari e Malik (2006 apud CARNEIRO DA CUNHA; CORRÊA, 2013), as instituições de saúde atuais possuem dimensões relevantes e complexas, e o BSC não avalia com fidedignidade nesse contexto por não analisar todas as dimensões; por exemplo, atores como os *stakeholders*.

Carneiro da Cunha (2011) fez a pesquisa “Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos”, na qual desenvolveu um modelo de avaliação de desempenho e eficiência em hospitais filantrópicos avançando nos conceitos, além do BSC. O autor ampliou as concepções de outros sistemas de avaliação e mensuração de desempenho, não somente o BSC, para os conceitos existentes nessa área do conhecimento serem

utilizados na elaboração de um modelo específico de avaliação de desempenho voltado aos hospitais filantrópicos.

Adicionalmente, o BSC se preocupa mais em atender a clientes específicos da organização, sem se ater aos demais atores externos, que podem influenciar o desempenho organizacional. A partir da limitação, Neely, Kennerley e Adams (2000) desenvolveram o Prisma de Desempenho, que visa “atender os interesses dos *stakeholders*, como objetivos centrais da organização, e estabelecer, consequentemente, a estratégia organizacional” (CARNEIRO DA CUNHA; CORRÊA, 2013, p.488). A Avaliação pelo Prisma de Desempenho possui uma orientação para o *stakeholder*, encorajando gestores a considerar o que eles querem e precisam, sem se centrar em apenas um grupo (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001). Portanto, o modelo de Neely, Kennerley e Adams (2000) demonstra ser o mais adequado quando o enfoque do estudo volta-se a estudar a avaliação de desempenho em contextos nos quais a influência dos *stakeholders* é definitiva para o desempenho final da organização. Assim, quando há organizações de saúde imersas em ambientes nos quais existem as pressões oriundas de diversos *stakeholders* a serem atendidos, a aplicação do Prisma de Desempenho parece ser a mais adequada para se estudar elementos relacionados à gestão estratégica do desempenho.

Assim, considerando que as pesquisas prévias que elaboraram modelos de desempenho não se voltaram especificamente aos hospitais psiquiátricos e que existe um contexto no qual o hospital psiquiátrico deve atender a diversos *stakeholders*, é importante que se tente estudar a gestão estratégica de desempenho sob esse enfoque.

1.4 Avaliação de desempenho de um hospital psiquiátrico: o caso do Hospital Lacan

Inicialmente, é preciso esclarecer que no presente estudo buscou-se estudar a gestão estratégica do desempenho em hospitais psiquiátricos, com o objetivo de entender como conduziram atividades voltadas à gestão do desempenho e lidaram com as pressões de diferentes *stakeholders* em épocas de crise. Foi selecionado um caso específico que oferecesse contribuições à gestão estratégica do desempenho.

Optou-se pelo Hospital Psiquiátrico Lacan, que mudou sua gestão para se tornar lucrativo durante a crise desse segmento de negócios.

O estudo de caso único do Hospital Psiquiátrico Lacan foi uma escolha, por interesse do pesquisador, que tem formação médica com especialização em psiquiatria e atuação clínica na área de dependência química hospitalar, para entender sob o aspecto acadêmico da administração de empresas como uma instituição desse segmento conseguiu prosperar durante grave crise econômica das instituições. Historicamente, os hospitais psiquiátricos recebiam recursos do Ministério da Saúde que, nos últimos 20 anos, passou a desconsiderar esse modo de atendimento e repercutiu com o fechamento de um grande número de leitos, como relatado no Jornal do SINDHOSP de São Paulo, na edição de outubro de 2013 (anexo C).

O Hospital Lacan, pelos dados coletados, desde 2008 passa por mudanças administrativas, lideradas pelo diretor contratado há aproximadamente sete anos pelo Grupo Saúde Bandeirantes, ao qual o Hospital Lacan pertence, que permitiram adaptação organizacional no contexto de sufocamento financeiro dos hospitais psiquiátricos dependentes do SUS. O presente estudo de caso se refere ao Hospital Lacan, e não a todo o Grupo Saúde Bandeirantes ou ao diretor do hospital.

Em março de 2009, o Hospital Lacan iniciou com 30 leitos a clínica pública para adultos dependentes químicos, oferecendo um modelo com capacidade técnica, estrutura física e hoteleira com a qualidade de referência internacional (Grupo Saúde Bandeirantes, 2013). A partir de 2009 a enfermaria para dependência química passou a ser modelo de tratamento, com seu projeto terapêutico desenvolvido por especialistas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (Governo do Estado de São Paulo, 2012 a).

Em 2011, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP) divulgou a previsão de aumentar o número de vagas no Hospital Lacan, com a oferta de atendimento especial a adolescentes grávidas e 40 leitos pra adolescentes usuários de drogas (Governo do Estado de São Paulo, 2011).

Em 10 de abril de 2012, o hospital recebeu destaque na mídia por ter inaugurado o primeiro serviço especializado em internação de grávidas dependentes

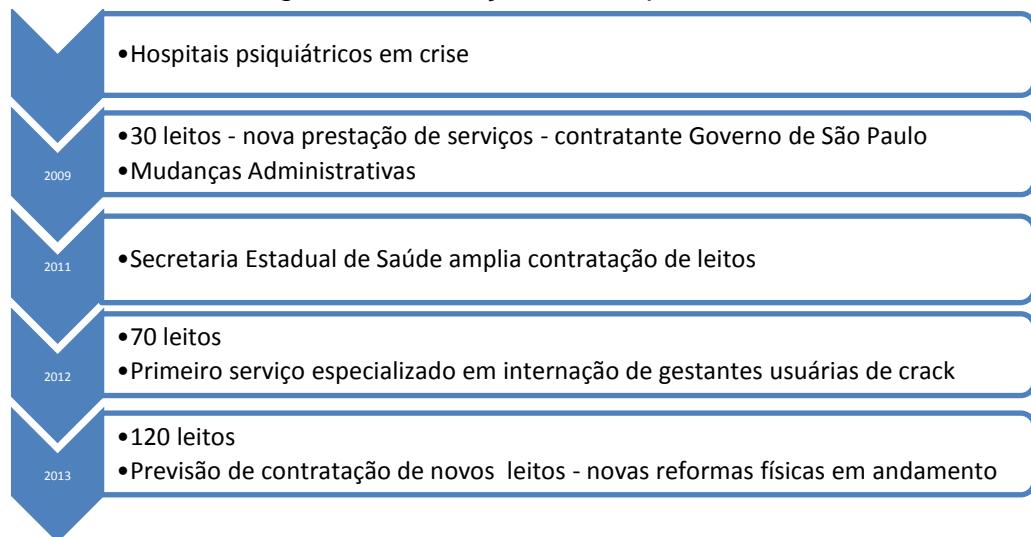
de crack. Segundo a assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde de São Paulo, o investimento passou a ser de aproximadamente R\$ 700 mil ao ano, para dez leitos para as gestantes, que proporciona acompanhamento clínico, psiquiátrico e obstétrico. Nessa data, o hospital contava com outros 70 leitos especializados para o tratamento da dependência em adultos de ambos os sexos (Governo do Estado de São Paulo, 2012 b).

Em 24 de maio de 2013, foi responsável pela primeira internação compulsória de um dependente químico, pelo novo programa do governo do Estado, o “Programa Recomeço” (DANTAS, 2013).

Atualmente, possui papel estabelecido na rede de tratamento ao usuário de drogas de São Paulo, como ressalta Laranjeira (2013), atual presidente da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), sobre a importância de se terceirizar o atendimento ao usuário de drogas para dar agilidade operacional às reformas, contratações e treinamentos do projeto, o que foi feito no hospital, no qual há atualmente 120 leitos (LEITE, 2013).

A figura 3 ilustra e resume a linha do tempo de evolução do hospital dentro do contexto histórico e político:

Figura 3 – Evolução do Hospital Lacan



Fonte: Elaborada pelo autor (Grupo Saúde Bandeirantes, 2013; Governo do Estado de São Paulo, 2011, 2012; DANTAS, 2013; LEITE, 2013)

Com o objetivo de analisar o caso do Hospital Lacan, o estudo exploratório-descritivo teve como elementos de campo documentos, entrevista em profundidade

com o diretor, e um grupo focal com *stakeholders* internos. Os dados coletados foram analisados sob as perspectivas teóricas da Escola Cognitiva de Administração Estratégica, da avaliação pelo Prisma de Desempenho e pela classificação dos *stakeholders*.

O quadro a seguir sintetiza as motivações que levaram à escolha do hospital como objeto de pesquisa.

Quadro 1 – Motivos da escolha do Hospital Psiquiátrico Lacan como objeto de pesquisa

Motivo 1: Interesse do pesquisador que trabalha na área como médico que trata portadores de dependência química
Motivo 2: Primeiro contratado do governo do Estado de São Paulo, com valores diferenciados, experiência única do caso específico, que vale de análise e investigação
Motivo 3: Hospital que superou crise do setor – modelo para nova política pública
Motivo 4: Ausência de literatura da interface entre gerenciamento estratégico e hospitais psiquiátricos
Motivo 5: Acesso a informantes relevantes pelo diretor e que viabilizam a operacionalização do estudo de campo.
Motivo 6: Possibilidade de discussão de caso real, motivar outros pesquisadores a seguir linha de pesquisa similar de Carneiro da Cunha (2011) e criação de conhecimentos gerenciais na área do conhecimento administrativo

Fonte: Elaborado pelo autor

- Motivo 1: escolhido por interesse do autor, que trabalha na parte clínica de hospitais psiquiátricos há dez anos e teve grande interesse em entender, sob avaliação científica acadêmica de teorias da administração, a exceção de hospital psiquiátrico que consegue ter melhora importante da performance financeira no momento em que a maioria de empresas do segmento fechou, reduziu leitos ou passa por grandes dificuldades para se manter em funcionamento.
- Motivo 2: ter sido o primeiro hospital do Estado de São Paulo escolhido pela Secretaria de Estado da Saúde para iniciar o atendimento a portadores de dependência de drogas com recebimento de valores diferenciados.

- Motivo 3: a partir do entendimento da organização, uma exceção de prosperidade econômica nessa área da economia, transpor os conhecimentos obtidos para que outras instituições similares entendam a dinâmica da obtenção dos resultados.
- Motivo 4: falta de estudos na área da administração que investiguem hospitais psiquiátricos: ao invés de encerrarem diante das dificuldades do mercado, conseguiram se sobressair no segmento financeiro.
- Motivo 5: acesso ao diretor, que participou de todos os processos, tendo a percepção longitudinal desde a atuação quando havia dificuldades financeiras severas; depois atuou contribuindo com a transição e venda para adoção de novas estratégias que permitiram melhoria do desempenho com resultados positivos; além de prevenir o fechamento, mudou o balanço para resultados financeiros positivos.
- Motivo 6: possibilidade de avaliação de dados organizacionais da realidade a partir de sustentação teórica da Administração Estratégica, com viabilidade de inclusão da dinâmica administrativa do diretor entrevistado em uma Escola de Estratégia, e de inferir um Modelo de Avaliação de Desempenho pertinente para ser posteriormente aplicado com perguntas possíveis ao entrevistado, e finalmente haver condições de enquadrar as partes interessadas do negócio em definições classificatórias dos *stakeholders*, o que é outra parte da Administração como ciências humanas aplicadas.

Diante do exposto, as razões acima descritas apontam para a pertinência do estudo cujos objetivos serão descritos a seguir.

1.5 Objetivos

O objetivo primário do presente estudo foi identificar elementos relativos ao processo de avaliação e mensuração estratégica de desempenho presentes no Hospital Psiquiátrico Lacan, utilizados nos atuais momentos de crise no setor. A análise foi feita sob as bases teóricas mais pertinentes da escola de administração

estratégica, especificamente por meio da aplicação do modelo de avaliação do desempenho do Prisma e da classificação de seus principais *stakeholders* (como o modelo de saliência).

Ainda, a presente pesquisa pretendeu (a) fazer estudo de caso único de uma unidade de análise, um hospital psiquiátrico que se sobressaiu durante a crise nesse segmento de negócios; (b) avaliar a unidade de análise sob as teorias de uma escola de administração estratégica, um modelo de avaliação de desempenho e classificação de seus *stakeholders*; (c) contribuir com os conhecimentos obtidos para que pesquisadores e gestores atuais e futuros continuem ampliando-os acadêmica e gerencialmente.

1.6 Estruturação do estudo

O presente estudo organizou-se em cinco grandes seções.

Primeiramente houve a contextualização do consumo de álcool e drogas no Brasil e a demanda por atendimentos via SUS para o tratamento da dependência química, revelando serem imperiosos conhecimentos gerenciais para a área, destacando o caso do Hospital Lacan.

No segundo capítulo, foram revisados os principais referenciais teóricos para a presente pesquisa: estratégia administrativa, *stakeholders*, avaliação de desempenho e políticas públicas.

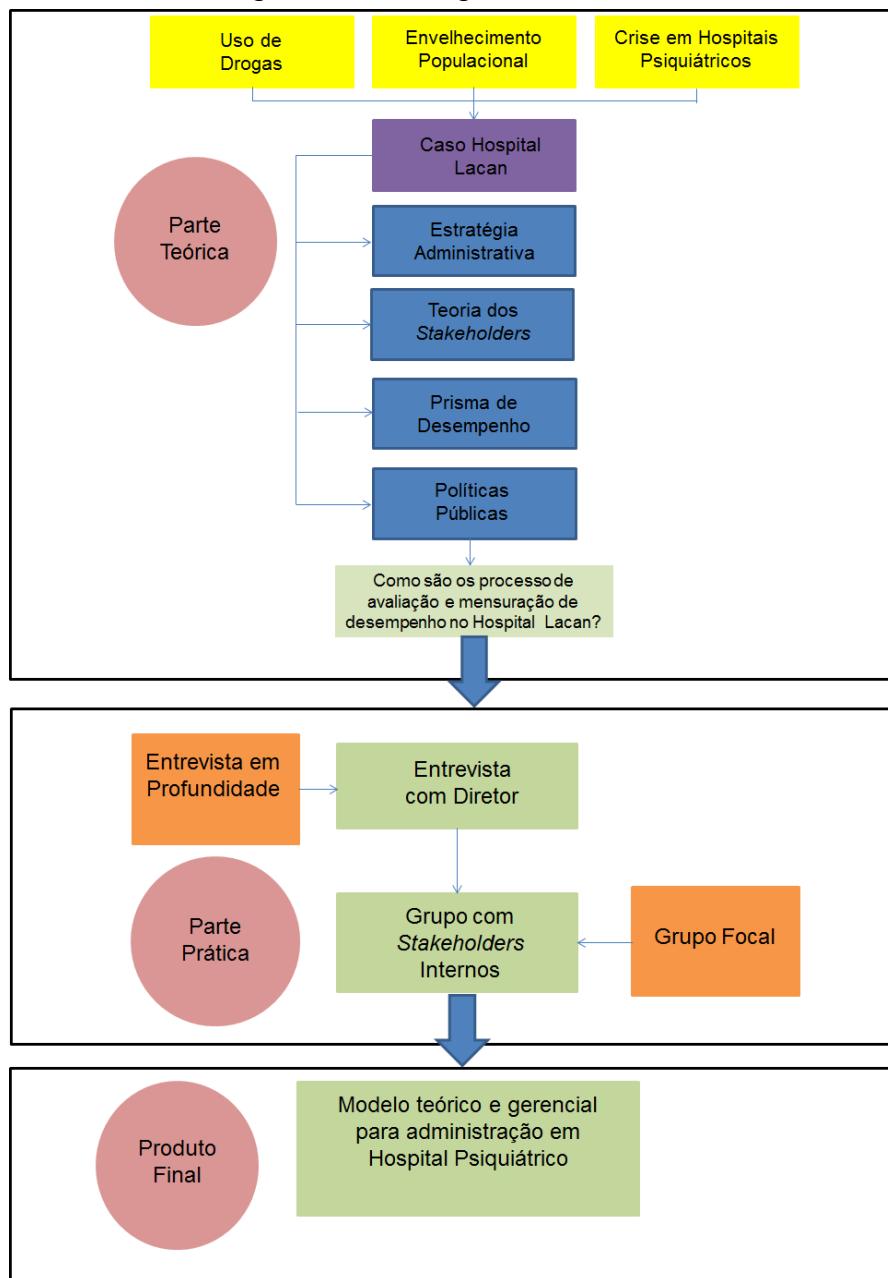
No terceiro capítulo as escolhas e procedimentos metodológicos são apresentados.

No quarto capítulo os resultados da pesquisa são relatados e discutidos.

No quinto tópico, estão as conclusões, com o produto final do estudo.

A estrutura do trabalho representado como fluxograma do estudo pode ser visualizado na figura 4:

Figura 4 – Fluxograma do estudo



Fonte: Elaborada pelo autor

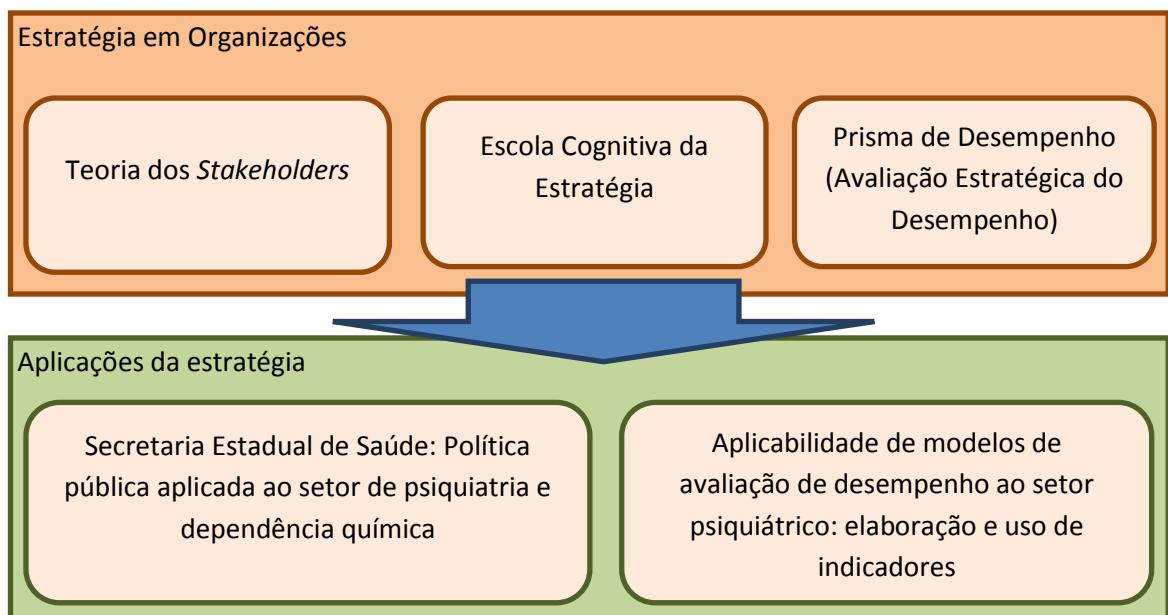
A estruturação do trabalho decorre do problema de pesquisa que pode ser assim sintetizado: quais aspectos gerenciais do ponto de vista da estratégia voltada aos stakeholders e do desempenho sustentaram o Hospital Psiquiátrico Lacan durante a crise do segmento?

2 REVISÃO DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 Estratégia administrativa

O arcabouço teórico do presente estudo aborda cinco grandes temáticas que o sustentam. A figura a seguir representa graficamente as cinco grandes disciplinas, pilares teóricos de sustentação do trabalho.

Figura 5 – Referenciais teóricos



Fonte: Elaborada pelo autor

Estratégia, em administração como ciências sociais aplicadas, entre diversos entendimentos, define-se como um conjunto de padrões e comportamentos de uma organização que tem como objetivo a vantagem competitiva por meio da diferenciação de produtos e serviços oferecidos ao mercado. Pensar em estratégia não se limita às grandes empresas, mas se estende a todos os tipos de organizações, independentemente do porte, ramo de atividade e natureza das operações (BERTERO; VASCONSELOS; BINDER, 2003).

Apesar de haver estudos sobre as especificidades da administração estratégica nas micro e pequenas empresas, menos trabalhos científicos foram publicados quando comparados a pesquisas relacionadas a grandes empresas.

As micro e pequenas empresas possuem características próprias e são essenciais do ponto de vista econômico e social, por exemplo ao funcionar como

complementar aos serviços de grande porte (BERTERO; VASCONSELOS; BINDER, 2003).

Segundo Bertero, Vasconcelos e Binder (2003), o grande desafio está na condução eficaz das organizações em um mercado competitivo, levando a “estratégia” a ser destaque em todas as empresas, independentemente de seu porte, segmento ou forma de gestão, como meio de prosperar ou apenas manter-se no mercado.

Em 1998, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel criaram uma classificação de teorias em estratégia. No livro “Safári de Estratégia” (*Strategy Safari*), de 1998, os autores revisaram mais de 2000 itens de bibliografia na área. A partir do estudo, formaram as dez escolas de estratégia, que têm os seguintes pressupostos: na escola de Design, o processo de formação de estratégia é conceitual e informal, avaliando forças e fraquezas, oportunidades e ameaças; na escola de Planejamento, o processo de formação de estratégia dispõe de instrumentos formais e numéricos seguindo um modelo de planejamento; na escola de Posicionamento, a formação de estratégia é processo analítico que privilegia a análise da estrutura da indústria na qual a firma está inserida; na escola Empreendedora, a estratégia é informal, baseada no líder da empresa e em sua visão dos negócios; na escola Cognitiva, a instituição elabora novas estratégias a partir de novos conceitos e inovações; na escola de Aprendizagem, a estratégia da empresa evolui em processo interativo de tentativa e erro; na escola de Poder, a estratégia da organização é abertamente influenciada por relações de poder; na escola Cultural, a cultura da empresa é influenciada pela sua forma de ver o mundo e definir estratégias; na escola Ambiental, o ambiente é determinante para a estratégia da organização a partir de comportamentos isomórficos (pressões institucionais). Há ainda a escola de Configuração, que sintetiza as nove escolas anteriores, enfatizando o caráter transitório e contextual das estratégias.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p. 20 e 21) destacam o limite do uso dessas classificações: cada uma delas centra-se em uma perspectiva, “um aspecto importante do processo de formulação de estratégia”, sendo todas restritas ou exageradas. Os limites das escolas Design, Planejamento e Posicionamento centram-se “mais [...] como as estratégias *devem* ser formuladas do que como elas

necessariamente se *formam*” As escolas restantes, exceto a Configuração, “consideram aspectos específicos do processo de formulação de estratégia e têm-se preocupado menos com a prescrição do comportamento estratégico ideal do que com a descrição de como as estratégias são, de fato, formuladas”. Segundo os autores, a escola Configuração apresenta limitações, pois apesar de combinar as perspectivas das demais, torna as organizações extremamente simples, considerado por alguns teóricos como fora da realidade das empresas. Essa escola traria, portanto, pouco auxílio aos gestores, por considerar a instituição de forma simplista, “preto no branco”. Outro aspecto criticado da escola Configuração é a concepção de que as empresas são estáticas ou estão em rápida mudança, considerando que mudanças entre os extremos desequilibram a organização.

Embora essas “escolas” propostas por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel contribuam para apresentar uma visão panorâmica de estratégia, deixa, contudo, algumas lacunas, como por exemplo, a não inclusão de outras abordagens bastante significativas como a visão baseada em recursos, a teoria dos *stakeholders*, entre outras.

2.2 Teoria dos *Stakeholders*

Importante contribuição para a formulação de estratégias para qualquer organização é a preocupação com os principais *stakeholders*. Para o novo momento do Hospital Psiquiátrico Lacan, a classificação de seus principais *stakeholders* é essencial para orientar a formulação das estratégias futuras na condução do serviço de forma sustentável, reduzindo a vulnerabilidade principalmente nos contextos político-partidários de mudanças de governos.

Para entendimento do motivo de estudar nesta pesquisa os *stakeholders* seguem-se definições e conceitos.

Os *stakeholders* incluem qualquer grupo ou indivíduo que afetem ou são afetados pelos objetivos organizacionais (FREEMAN, 1984). Em 1984, Freeman desenvolveu a Teoria dos *Stakeholders*. Desde então, profissionais e pesquisadores das mais diversas áreas a utilizam para estudar relacionamentos que repercutem no funcionamento empresarial de diferentes modos. São relacionamentos que podem ser classificados (LITTAU; JUJAGIRI; ADLBRECHT, 2010).

Complementarmente, a partir de revisão bibliográfica de Mitchell, Agle e Wood (apud Hourneaux Junior 2010), existem as seguintes definições para o termo *stakeholder*:

Figura 6 – Definições de *stakeholder*

Definição	Autor / Fonte
Grupos, sem o apoio dos quais, a empresa deixa de existir.	Stanford Research Institute, 1963
Dependem da empresa para atingir seus objetivos pessoais e em dc quem a empresa depende para existir.	Rhenman, 1964
Quem afeta as realizações e objetivos da empresa ou quem é afetado pelas realizações e objetivos da empresa.	Freeman & Reed, 1983, p. 91
De quem a empresa depende para sobreviver.	
Pode afetar ou ser afetado pela realização de objetivos da empresa.	Freeman, 1984, p. 16
Pode afetar e ser afetado por um negócio (<i>business</i>).	Freeman & Gilbert, 1987, p. 397
Aqueles que fazem reivindicações por meio de contratos formais.	Cornell & Shapiro, 1987, p. 5
Possuem um objetivo ou demandam por objetivos em uma empresa.	Evan & Freeman, 1988, p. 75-76
Quem se beneficia ou é prejudicado, cujos direitos são violados ou respeitados, por atividades corporativas	Evan & Freeman, 1988, p. 79
Sem o apoio de quem, a empresa deixaria de existir.	Bowie, 1998, p. 112
Grupos, junto aos quais, a empresa possui responsabilidades.	Alkhafaji, 1989, p. 36
Possuidores de contratos.	Freeman & Evan, 1990
Que possuem relacionamento com uma empresa.	Thompson <i>et al.</i> , 1991, p. 209
Possui interesse nas atividades de uma empresa e a habilidade de influenciá-la.	Savage <i>et al.</i> , 1991, p. 61
Constituintes que possuem reivindicações legítimas para com uma empresa, estabelecidas por meio de um relacionamento de trocas.	Hill & Jones, 1992, p.133
Possuem algum relacionamento legítimo e não-trivial com a empresa, como: transações comerciais, atividades de impacto e responsabilidades morais.	Brenner, 1993, p.205
Que possuem um ou mais objetivos nos negócios, podendo afetar ou ser afetados por eles.	Carroll, 1999, p. 60
Participantes do processo de criação de valor.	Freeman, 1994, p.415
Interagem e proporcionam significado à empresa.	Wicks <i>et al.</i> , 1994, p. 483
Podem ser influenciados por, ou são potenciais influências da empresa.	Starik, 1994, p.90
Produz algum tipo de risco, em consequência de ter investido alguma forma de capital, humano ou financeiro, em uma empresa, ou, que está submetido a riscos em consequência das atividades de uma empresa.	Clarkson, 1994, p.5
Possui ou reivindica propriedade, direitos, ou interesses em uma empresa e suas atividades.	Clarkson, 1995, p.106
Interagem com a empresa, e, assim, torna possível sua operação.	Nasi, 1995, p. 19
Que impacta ou pode impactar, ou é impactado pelas atividades de uma empresa.	Brenner, 1995, p.76
Pessoas ou grupos com interesses legítimos nos processos e aspectos substantivos de uma atividade corporativa.	Donaldson & Preston, 1995, p.85

Fonte: MITCHELL, AGLE e WOOD (1997, p. 858 apud HOURNEAUX JUNIOR, 2010, p. 38)

Mais recentemente, em 2006, Friedman e Miles criaram uma classificação para as definições do termo *stakeholder* de acordo com seu propósito normativo ou

estratégico, e seu escopo amplo ou restrito. De acordo com a classificação, quanto mais ampla e normativa a definição, maior a quantidade de *stakeholders* (por exemplo, todas as entidades), reduzindo a quantidade quanto mais restrita for a orientação (apenas aqueles com responsabilidade significativa).

Nessa teoria, os *stakeholders* definidos em uma concepção estratégica variam diante do seu poder de influência na instituição, indo desde um escopo amplo em que há o reconhecimento legal ou institucional do *stakeholder*, até o escopo restrito, em que a concentração é nos *stakeholders* críticos para o sucesso da organização (FRIEDMAN; MILES, 2006 apud HOURNEAUX JUNIOR, 2010).

Em 2009, Fassin discute a conceitualização de *stakeholder*, por considerar a definição de Freeman ambígua e imprecisa. Faz seu estudo a partir de teorias gerenciais e legais, centrando-se em uma perspectiva de gestão organizacional, e propõe nova terminologia: *stakeholders*, clássicos, partes com interesse concreto, como funcionários, clientes, e fornecedores; e *stakewatchers*, grupos de pressão, sem interesse direto na instituição, mas que defendem os interesses dos *stakeholders*, como procuradores e intermediários; e *stakekeepers*, que não possuem interesse na empresa, mas têm influência e controle por meio de normas e regras, como instituições reguladoras (FASSIN, 2009).

Em 2010, Frooman revisa a definição de *stakeholders* em termos de quem tem interesse em questão específica/problema, e não em quem tem interesse em uma empresa. A nova perspectiva baseia-se na ideia de uma “rede de problemas”, a partir da literatura de sociologia e ciência política. Os *stakeholders*, ou membros de uma rede de problemas, se caracterizam como aqueles com queixas, recursos ou oportunidades (FROOMAN, 2010).

Apesar dos termos empregados por Fassin e Frooman serem diferenciadores, comumente prevalece a denominação de *stakeholders*.

Segundo Chiavenato e Sapiro (2009), alguns dos principais *stakeholders* de uma organização são:

- *Stakeholder* no mercado de capitais: acionistas e investidores;
- *Stakeholders* fornecedores: fornecedores de matérias-primas, serviços e tecnologias;

- *Stakeholders* externos: agências regulatórias, sindicatos, órgãos governamentais, sociedade, comunidade, mídia;
- *Stakeholders* de produtos/serviços: clientes, canais de distribuição, atacadistas, varejistas;
- *Stakeholders* dentro da organização: diretores e dirigentes, executivos, funcionários, pessoal terceirizado.

Segundo Onusic e Arten (2012), para uma capacidade competitiva da empresa é essencial a satisfação dos *stakeholders* da empresa, o que envolve:

- Identificar os principais *stakeholders* da organização;
- Compreender as expectativas de cada grupo de *stakeholders*;
- Alinhar as expectativas dos *stakeholders*;
- Criar valor para cada grupo de *stakeholders*;
- Quando não puder satisfazer todos os *stakeholders*, centrar nos principais.

Segundo a Teoria dos *Stakeholders*, para Donaldson e Preston (1995), ao se identificar necessidades e interesses desses *stakeholders*, a instituição deverá discutir seu papel diante das demandas (aspecto descritivo); avaliar o impacto dos *stakeholders* na performance da organização para seu melhor desempenho, como ferramenta de gestão (aspecto instrumental); ou reconhecendo e dando importância aos interesses de todos os *stakeholders* (aspecto normativo).

Sob as várias perspectivas teóricas que se usa a Teoria dos *Stakeholders*, nesta pesquisa a escolha foi a opção classificatória, por entender que o Hospital Lacan é exceção organizacional em seu segmento de mercado, e que o relacionamento com partes interessadas cruciais foi fundamental para conseguir o êxito administrativo financeiro.

Clarkson (1995) ressalta os *stakeholders* como pessoas ou grupos que reivindicam ou dispõem de propriedade, direito ou interesse em uma empresa e em suas atividades no passado, presente ou futuro. Entende que pelas semelhanças os *stakeholders* podem ser classificados em primários e secundários, de acordo com interesses, reivindicações e direitos.

- A) Stakeholders primários:** partes interessadas sem as quais há comprometimento da sobrevivência da empresa, pois implicam alto grau de interdependência entre estes e a empresa. Alguns exemplos: acionistas, funcionários e consumidores.
- B) Stakeholders secundários:** grupos que afetam ou são afetados pela empresa, mas não realizam transações diretas; não há relação de dependência direta da empresa com essa categoria. Exemplos de *stakeholders* secundários: mídia, organizações não governamentais (ONGs) e universidades. Mesmo não sendo os *stakeholders* que mais interessam à empresa, os secundários não devem ser desprezados.

Outra classificação fundamenta-se no Modelo *Stakeholder Salience* de Mitchel, Agle e Wood (1997), que se baseia em seus atributos percebidos pelos gestores e enumera os diversos *stakeholders* a partir de sua capacidade de influenciar a organização.

Segundo Mitchell, Agle e Wood (1997), a partir do impacto que o *stakeholder* causa em uma organização, ele é classificado da seguinte forma:

Quadro 2 – Tipologia do Modelo *Stakeholder Salience*

Tipo de <i>Stakeholder</i>	Possibilidades de classificação
Stakeholders latentes (possuem apenas um dos atributos, provavelmente recebem pouca atenção da empresa)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stakeholder adormecido:</i> grupo ou indivíduo que têm poder para impor a sua vontade na organização, mas não têm legitimidade ou urgência. O seu poder fica em desuso, tendo ele pouca ou nenhuma interação com a empresa. Em contrapartida, a gestão precisa conhecer esse <i>stakeholder</i> com o intuito de avaliar o seu potencial de conseguir um segundo fator. • <i>Stakeholder discricionário:</i> grupo ou indivíduo que possuem legitimidade, mas não têm o poder de influenciar a empresa, nem alega urgência. Nesses casos, a atenção que deve ser dada a esse <i>stakeholder</i> diz respeito à responsabilidade social corporativa, pois tendem a ser mais receptivos. • <i>Stakeholder exigente:</i> quando o atributo mais importante é a urgência. Sem poder nem legitimidade, não exigem tanto da empresa, porém devem ser monitorados quanto ao potencial para conseguir um segundo atributo.

<p><i>Stakeholders</i> expectantes (possuem dois atributos, o que leva a uma postura mais ativa do <i>stakeholder</i> e da própria empresa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stakeholder</i> dominante: grupo ou indivíduo que têm a sua influência na empresa garantida pelo poder e legitimidade. Espera e recebe grande atenção da empresa. • <i>Stakeholder</i> perigoso: quando há poder e urgência, porém não existe legitimidade. O <i>stakeholder</i> coercitivo (e possivelmente violento) para a organização pode ser um perigo. • <i>Stakeholder</i> dependente: grupo ou indivíduo que detêm os atributos de urgência e legitimidade, porém dependem do poder de outro <i>stakeholder</i> para suas reivindicações serem levadas em consideração.
<p><i>Stakeholder</i> definitivo (quando o <i>stakeholder</i> possui poder, legitimidade e urgência, os gestores devem dar atenção imediata e prioridade a esse <i>stakeholder</i>).</p>	
<p>Não – <i>Stakeholder</i> (quando o indivíduo ou grupo não exercem nenhuma influência nem são influenciados pela operação da organização).</p>	

Fonte: Bazanini et al. (2013, p.11), adaptado de Mitchell, Agle e Wood (1997, p. 875)

De acordo com Bazanini et al. (2013), Agle, Mitchell e Sonnenfeld (1999) e Hourneaux Junior (2010), os atributos são:

- **Poder:** corresponde à alta capacidade de impor a própria vontade, pela aplicação de reforços ou punições econômicas; força física; e/ou influenciando a imagem social da organização. Ou seja, capacidade de fazer com que façam aquilo que não fariam se não fosse solicitado;
- **Legitimidade:** percepção do que é apropriado ou adequado nas ações de uma organização, de acordo com o contexto.
- **Urgência:** atitudes para demandas e desejos dos *stakeholders* serem valorizados.

Outro aspecto importante de ser discutido é a gestão dos *stakeholders*. Freeman (1984) afirma que esta percorre três níveis:

Quadro 3 – Níveis da gestão dos *stakeholders*

Nível “racional” (entendimento)	Nível de processo (como fazer)	Nível transacional (relacionamento)
Identificação: Quem são?	Análise de portfólio	Mapa Partes Interessadas
Categorização: Quais são seus interesses?	Revisão estratégica dos processos	Processos organizacionais
Mapeamento: Como estas se “encaixam” na organização?	Processo de Monitoramento Estratégico	Relacionamento com as Partes Interessadas

Fonte: Freeman (1984) apud Hourneaux (2010, p. 46)

Os níveis representam uma escalada em que a organização aprofunda suas análises e comportamentos diante dos *stakeholders*, o que afeta a estratégia organizacional.

Há ainda a análise para uma gestão estratégica: a relação de dependência dos *stakeholders* e organizações, que pode variar, gerando diferentes impactos (FROOMAN, 1999), como visualizado na tabela abaixo:

Quadro 4 – Tipologias essenciais de relacionamento e de influência nas estratégias

A organização é dependente do <i>stakeholder</i> ?	O <i>stakeholder</i> é dependente da organização?				
		Sim		Não	
	Sim	I	Alta interdependência Abordagem direta Com uso do poder	II	Poder do <i>stakeholder</i> Abordagem direta Com reservas
Não	III	Poder da organização Abordagem indireta Com uso do poder	IV	Baixa interdependência Abordagem indireta Com reservas	

Fonte: Frooman 1999 apud Hourneaux, 2010

Com base no quadro acima, pode-se inferir as relações presentes em cada uma dos quadrantes:

- Quadrante I: alta interdependência, caracterizada pela mútua dependência entre *stakeholder* e organização, sendo que o *stakeholder* poderá usar seu poder para ações diretas na influência da organização.
- Quadrante II: poder do *stakeholder*, caracterizado pela dependência da organização pelo *stakeholder* e não vice-versa, em que o *stakeholder* para influenciar a empresa adota uma estratégia direta, ainda que com reservas.
- Quadrante III: poder da organização, em que o *stakeholder* é dependente da organização e não vice-versa; para influenciar a organização o *stakeholder* adota ação indireta, usando seu poder.
- Quadrante IV: baixa interdependência, caracterizada pela mútua não dependência entre *stakeholder* e organização; o *stakeholder* adota ações indiretas e com restrições para influenciar a organização.

A partir da análise apresentada quanto a importância das relações dos *stakeholders* na gestão das organizações, é recomendável que o gestor busque obter informações mais detalhadas sobre as forças do ambiente e, dentre essas, pode-se destacar:

- Conhecer os principais *stakeholders* de serviços de saúde, no caso do presente estudo, de serviços para atendimento de pessoas com problemas com álcool e drogas, e mais especificamente do Hospital Lacan;
- Compreender as influências dos *stakeholders* de acordo com uma escola de estratégia administrativa;
- Identificar formas de se avaliar a influência dos *stakeholders* no desempenho da organização.

Desse modo, pelo seu caráter abrangente, a teoria dos *stakeholders* pode ser considerada pertinente para se estudar as organizações de saúde.

2.2.1 Stakeholders e serviços de tratamento de dependência química

Inicialmente é importante conhecer as influências dos *stakeholders* em serviços que atendem ao mesmo público que o Hospital Lacan, caso do presente estudo. Obviamente há diferenças culturais entre os locais onde esses estudos foram desenvolvidos e a realidade brasileira. As publicações que fazem relação entre *stakeholders* e serviços de tratamento para dependência química eram escassas antes do século XXI, o que é compreensível diante da evolução histórica da saúde mental e da reforma psiquiátrica citada e descrita na seção 2.6 (Políticas públicas de saúde para dependência química).

O estudo de Langford e Phillips (2002) investigou a satisfação de *stakeholders* de uma comunidade diante de uma clínica de recuperação para dependentes químicos na Austrália, fazendo um modelo que pode ser aplicado em outras clínicas. A pesquisa foi feita via telefone e face a face, com 490 *stakeholders*, incluindo residências da população geral, empresas e outros serviços de saúde e assistência da comunidade. Pesquisaram questões como a percepção dos

stakeholders sobre a importância do serviço, necessidade da comunidade, contribuições à comunidade, habilidades dos funcionários, entre outras. O estudo revelou que levantamentos regulares de opiniões da comunidade ajudam a clínica a modificar seus serviços para ir ao encontro das necessidades da região de maneira mais objetiva. O contato com a comunidade permite à clínica antever problemas que impediriam seu crescimento (LANGFORD; PHILLIPS; 2002).

Assim como esta pesquisa verificou a importância da opinião dos *stakeholders*, no exterior, há pesquisas que utilizam as opiniões para estabelecer ou melhorar serviços de saúde, ou ainda de saúde mental. Por exemplo, em pesquisa com usuários de álcool e outras drogas em uma região rural da Austrália, foram incluídas entrevistas semiestruturadas com *stakeholders* da área da saúde, política e pesquisa, além dos usuários dos serviços para álcool e drogas em regiões rurais. Descobriram a droga mais utilizada (álcool), deficiências no tratamento (farmacoterapia em falta, tratamento residencial pouco aproveitado) e barreiras que os usuários enfrentam (distância, estigma, preocupações com a confidencialidade); enumeram conclusões baseadas na realidade, como a exigência de ampliar o alcance dos serviços de tratamento (BERENDS; 2010).

Há outra pesquisa que utilizou as percepções de usuários de drogas para identificar os fatores que facilitavam ou dificultavam o acesso ao tratamento: de Philbin e Zhang (2010), na China, a partir de opiniões quanto às reações à medicação, medo de serem discriminados, perda da privacidade, medo da interferência da polícia. Os autores ouviram sugestões dos usuários - desde aumento de informação até elaboração de políticas públicas, como o aumento do diálogo entre governo, polícia e profissionais da saúde.

Patterson et al. (2009) pesquisaram a participação dos usuários para a melhoria da qualidade de um serviço para dependência química na Inglaterra, e verificaram que a maioria das pessoas que trabalham com a dependência química envolve os usuários para contribuir com a qualidade do serviço.

A opinião de *stakeholders* usuários dos serviços de saúde, dos que trabalham nesses serviços, ou dos que têm trabalho estreitamente ligado ao serviço, pode ser importante como ferramenta para o gerenciamento do serviço clínico. Um exemplo seria o estudo de Appel e Oldak (2007), que buscou conhecer a opinião de usuários

de drogas injetáveis, funcionários que atuam nas ruas com os usuários, funcionários de um programa de tratamento para dependência química e funcionários de agências governamentais, para comentar as barreiras enfrentadas para a inserção no programa de tratamento para abuso de drogas. Revelou-se um dado importante: o acesso ao serviço parece ser obstáculo maior do que as barreiras individuais do usuário, como falta de motivação individual para o tratamento.

O estudo de Appel et al. (2004) sugeriu como melhorar a inscrição de usuários de drogas em programas de tratamento para dependência química a partir da percepção de *stakeholders*, os funcionários que trabalham com a população de usuários de drogas injetáveis em situação de rua, funcionários de outros tipos de tratamento para dependência, funcionários de programas de combate ao HIV/AIDS, funcionários de programas sociais, além dos próprios usuários. Nesse estudo, as opiniões variaram de acordo com o grupo de *stakeholders* a que o participante pertence, desde problemas familiares relatados pelos usuários, até a burocracia citada pelos funcionários que lidam com os usuários nas ruas. Todas as visões contribuíram para a conclusão de ser imprescindível a interação entre tratamentos que visam à abstinência e tratamentos de redução de danos do uso de álcool e outras drogas (APPEL et al., 2004).

Fator importante em pesquisas com *stakeholders* é a possibilidade de se identificar a eficácia de um programa para dependência química percebida por essas pessoas. McCart et al. (2012) conseguiram constatar, em famílias de jovens, terapeutas e juízes, promotores e advogados de defesa, que a promoção de um tratamento para jovens usuários de drogas em conflito com a lei, pelo manejo de contingências de comprometimento familiar, foi promissora para atitudes favoráveis em relação aos incentivos e melhora em diversos domínios do funcionamento organizacional.

No Brasil, grandes *stakeholders* de hospitais e clínicas para tratamento da dependência química são juízes e operadores do direito. No exterior, existem exemplos do papel da justiça no tratamento da dependência química, como na Califórnia, em que existe o “Substance Abuse and Crime Prevention Act”, de 2000, lei que visa afastar e tratar pessoas que cometem crimes devido ao uso de drogas (GARDINER; URADA; ANGLIN; 2012).

2.3 Administração em saúde e gestão hospitalar

Dentro da área de gestão hospitalar, há a ferramenta de índice de qualidade hospitalar. O índice atende apenas a um só *stakeholder*, que é o certificador. O presente estudo visa identificar não apenas um certificador, mas os principais *stakeholders*, e descrever suas demandas diante do hospital, compreendendo o atendimento como estratégia empresarial. Para tanto, ainda que o índice de qualidade seja teoria bem estabelecida, escolheu-se trabalhar sob a perspectiva teórica de Neely et al. (2000), por conseguir sustentar o objetivo de se estudar mais de um *stakeholder*.

Ibañez et al. (2006) enfrentaram desafio parecido em relação à ausência de ferramentas para a mensuração de desempenho na área da saúde. Ao avaliar o desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica numa amostra de municípios do Estado de São Paulo, os autores verificaram a necessidade de “instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB [Atenção Básica] em nível local diante dos atuais instrumentos governamentais existentes”. Os pesquisadores desenvolveram o estudo por meio de questionários específicos abordando oito dimensões da atenção básica: acesso ao serviço; porta de entrada do usuário; vínculo dos usuários e população com a unidade de saúde; integralidade ou elenco de serviços; coordenação ou integração dos serviços; enfoque familiar e no ambiente cotidiano; orientação para a comunidade; e formação profissional.

Segundo Malik e Teles (2001), em importante pesquisa no segmento da administração hospitalar, levantaram amostra de 159 hospitais (públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários) do Estado de São Paulo, quanto à prática de sistemas ou iniciativas de qualidade. Entre os 97 hospitais que responderam ao questionário da pesquisa, 23% apresentavam esse tipo de sistema ou iniciativa, enquanto 77% relataram não o apresentar, justificando custos dos programas, demora na obtenção de resultados e falta de necessidade. Segundo os autores, “poucos serviços de saúde dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam” (MALIK; TELES, 2001, p.53).

Ainda na pesquisa de Malik e Teles (2001), informação preocupante foi que 27,8% dos respondentes dirigentes hospitalares revelaram não estar cientes de nenhum sistema de qualidade. Os autores compreendem que a falta de conhecimento se deve ao não interesse pelo que é amplamente divulgado na mídia sobre programas e sistemas de qualidade, além da não participação em cursos e seminários do setor e fora dele, que frequentemente abordam a temática.

Entre os que apresentavam sistema ou iniciativa de qualidade, os motivadores foram melhorar a assistência prestada, melhorar a organização e aumentar a satisfação do usuário (MALIK; TELES, 2001).

Para a maioria dos respondentes, a seleção do sistema foi responsabilidade da direção superior, e os motivos para a seleção foram informações obtidas em cursos ou eventos científicos, informações da literatura ou determinação superior. Facilitaram a aplicação o envolvimento da direção superior, o interesse dos funcionários pela qualidade e a atitude favorável às mudanças entre os funcionários (MALIK; TELES, 2001).

Os principais indicadores monitorados foram: 29,3% indicadores de produtividade, 24,1% indicadores financeiros, 22,4% recursos humanos, 20,7% indicadores de qualidade, e 3,4% outros indicadores. Como resultados positivos foram identificados a participação dos funcionários, aumento da satisfação do usuário, racionalização dos processos, responsabilização dos funcionários e melhora nos indicadores de eficiência (MALIK; TELES, 2001).

Outra experiência bastante significativa quanto à área de Administração em Saúde e Gestão Hospitalar ocorreu com o estudo de Carneiro da Cunha e Corrêa (2013), que visou à validação de um modelo específico de avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos, por meio de entrevista com especialistas (método Delphi) com experiência em gestão e direção de desempenho de hospitais, ou experiência em trabalho de avaliação de desempenho em hospitais; verificaram quais os indicadores de desempenho válidos para o contexto, obtendo como resultado 25 indicadores dentro das classes: econômico-financeira, qualidade, acessibilidade, processos internos, capacidades e segurança.

Desse modo os autores, a avaliação de desempenho de organizações de saúde necessita de pesquisas que abordem as especificidades do objeto analisado. Os mesmos reconhecem que serviços de saúde possuem poucas bases técnicas e de conhecimentos da área da Administração, ocasionando prejuízos de gestão e controle (CARNEIRO DA CUNHA; CORRÊA, 2013).

2.4 Avaliação pelo prisma de desempenho

Como observado, uma das causas para o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos durante a crise do tipo de serviço no Brasil foi a falta de excelência e estratégia em gestão (MENDES, 2013), sendo urgente identificar formas de avaliar o desempenho das organizações. Como não foram encontradas literaturas específicas da temática para organizações brasileiras, a pesquisa procurou iniciar estudos no segmento a partir do estudo de caso único do Hospital Lacan.

Segundo Hourneaux Junior (2010), as organizações, independentemente do setor e porte empresarial, desejam melhorias para seu desempenho em longo prazo. Para tanto, existe a busca por formas de medir o desempenho para a formação de bases para tomada de decisões e planejamentos da empresa com processos baseados em metodologias reconhecidas pela academia.

Quanto à perspectiva de medida, Lavieri e Carneiro da Cunha (2009) ressaltam que o conceito da avaliação de desempenho nas organizações resulta das mudanças oriundas dos ideais positivistas de Augusto Comte, em que a matemática passou a servir sistematicamente para validar informações científicas, o que influenciou clássicos estudiosos da administração, como Fayol e Taylor, que incluem meios de quantificação para aferir produções e o consequente desempenho das organizações ao longo do tempo, a fim de acompanhar influências internas e externas.

Para o presente estudo, a escolha do modelo de avaliação do desempenho baseou-se na busca daquele que incluisse relacionamentos de instituições e pessoas, como partes significativamente interessadas, principalmente para dar coerência temática à outra teoria inclusa na pesquisa, que é sobre *stakeholders*. E porque a partir da entrevista em profundidade (apêndice B), com o diretor, ficou claro que os relacionamentos significativos permitiram mudanças organizacionais

prósperas. Uniram-se, então, critérios que avaliam a estratégia para efetivação de novos contratos que mudaram positivamente o desempenho organizacional do Hospital Lacan, do ponto de vista financeiro de um funcionamento com prejuízo, para posterior balanço lucrativo em sete anos, mesmo com o modelo de prestação de serviços sendo reduzido, como relatado no Jornal do Sindicato dos Hospitais de São Paulo, na edição de outubro de 2013.

O Modelo de Avaliação de Desempenho escolhido é o Modelo do Prisma de Desempenho de Neely et al. (2000); os autores desejam mostrar porque o gestor pretende uma avaliação de desempenho e como vai atingir.

A Avaliação pelo Prisma de Desempenho possui grande diferencial em relação às demais formas de medida de desempenho, pois sua visão centra-se nos *stakeholders* das organizações e não apenas acionistas e clientes, mas funcionários, fornecedores, mídia, entre outros (NEELY; KENNERLEY; ADAMS, 2007).

Há ainda distinta justificativa para a escolha do modelo: o fato de não partir da estratégia da empresa, mas das exigências dos *stakeholders* que estão para ser atendidos em consonância com a disponibilidade da organização para satisfazer a necessidade (BOURNE et al., 2003).

A Avaliação pelo Prisma de Desempenho é um modelo que possibilita a escolha de indicadores adequados para a medida de desempenho em organizações. Tem como objetivo evidenciar pontos críticos, possibilitando aos gestores pensar a organização a partir dos indicadores (HOURNEAUX JUNIOR, 2010).

Uma das vantagens do modelo é a possibilidade de avaliar questões não abordadas por outros modelos, como o *Balanced Scorecard* (BSC) (HOURNEAUX JUNIOR, 2010), citado anteriormente. O modelo pergunta explicitamente questões críticas e encoraja gestores a pensar as relações entre as medidas, o que outros modelos não sugerem intuitivamente (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001). Em especial, é válido para a abordagem que o Prisma de Desempenho, elaborado por Neely, Kennerley e Adams (2000), traz no tratamento com os *stakeholders*. Enquanto o BSC tem como agente externo intermediário o “cliente”, no caso do Prisma de Desempenho os agentes externos são tratados como *stakeholders*, ganhando papel central no modelo, além de ter o atendimento (e seus respectivos ganhos) a esses *stakeholders* como objetivo central da avaliação, mensuração e

controle do desempenho, e não os aspectos financeiros, na maioria das vezes tidos como objetivos finais no BSC, como se demonstrou amplamente pelo mapa estratégico proposto por Kaplan e Norton (2004).

Como citado, a Avaliação pelo Prisma de Desempenho possui uma orientação para o *stakeholder*, encorajando gestores a considerar o que querem e precisam todos os *stakeholders* da organização e não apenas de um grupo, como as estratégias, processos e capacidades dos associados (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001).

Para o modelo, todos os tipos de *stakeholders* apresentam impacto substancial no desempenho da organização, acionistas e clientes, como funcionários, parceiros, fornecedores, comunidade local, entre outros (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001).

A Avaliação pelo Prisma de Desempenho é um modelo e ferramenta que pode ser usada por times gestores para influenciar seus pensamentos sobre quais questões-chave precisam resolver quando buscam gerenciar os negócios (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001).

Segundo Neely, Adams e Kennerley (2002), a melhor forma de as organizações, com ou sem fins lucrativos, sobreviverem e prosperarem em longo prazo é pensar as necessidades e demandas de todos os seus *stakeholders* e se esforçarem para dar o valor apropriado a cada um deles.

Para serem bem-sucedidos, os negócios precisam abordar os múltiplos *stakeholders*, pois se uma organização não confere a cada *stakeholder* o nível certo de atenção, sua reputação e mercado provavelmente sofrerão de uma forma ou outra, sem conseguir os resultados previstos ou desejados no todo ou em parte (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

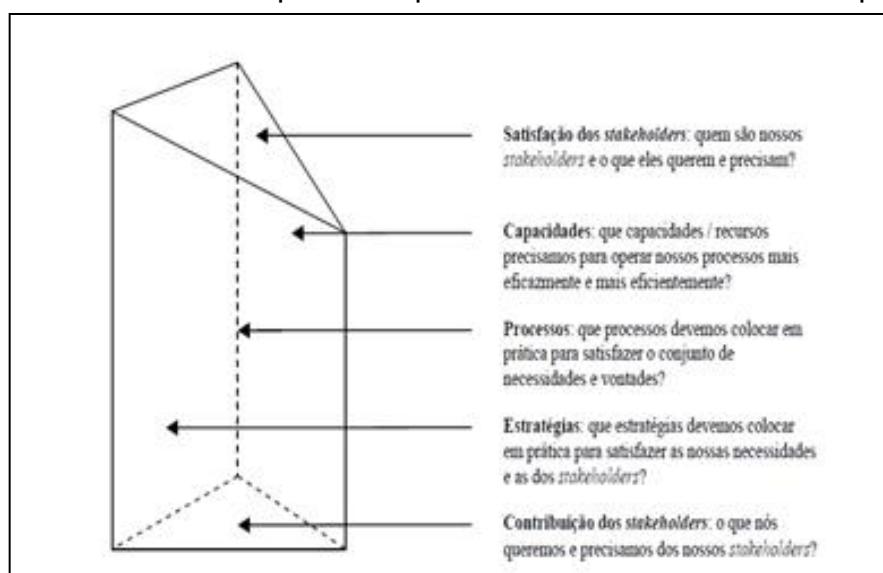
Para os autores, a reputação importa, pois influencia as atitudes e comportamentos não apenas exclusivamente dos *stakeholders* (investidores, clientes, funcionários, fornecedores) existentes, mas igualmente dos potenciais. Além disso, influenciam aqueles que têm voz na comunidade local - sindicatos, mídias, fiscalizadores, entre outros, nem sempre adequadamente considerados antes da aplicação do modelo de avaliação de desempenho (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Além disto, *stakeholders* não apenas influenciam a reputação da organização, mas são considerados árbitros. O modelo de Avaliação pelo Prisma de Desempenho foi estruturado para facilitar o esclarecimento da complexidade das relações das organizações com seus múltiplos *stakeholders* em seus contextos particulares de cada uma das empresas, e permite a essencial flexibilidade, diferenciando-se de outros modelos de características mais rígidas (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Além de ser modelo inovador, o Prisma é holístico, direcionando a atenção do gestor ao que é importante em longo prazo para sua organização, viabilizando e ajudando empresas a projetar, construir, operar e atualizar a performance de seus sistemas de medida de forma relevante para as condições específicas do ambiente em que operam (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Sobre a denominação de “prisma”, Neely et al. (2002) teorizam o modelo de avaliação de desempenho baseados em cinco perspectivas metaforicamente correspondentes a cada um dos lados do prisma (figura 7), cada uma formulada como pergunta a ser respondida pelo gestor:

Figura 7 – Modelo Adaptado Esquemático do Prisma de Desempenho



Fonte: Adaptado de Neely et al. (2001, p.12) apud Carneiro da Cunha (2011, p. 73)

- **Satisfação dos stakeholders:** quem são os nossos *stakeholders*, o que eles querem e precisam?

Corresponde à definição de quem são os *stakeholders* mais notórios de uma organização, como a empresa pode atender às exigências e demandas, e entregar valor da melhor forma possível e esperada.

As organizações existem para dar valor aos seus *stakeholders* principais. Valor é definido pelo *stakeholder*, sendo diferente para cada grupo. Por exemplo, clientes geralmente e sem nenhuma novidade querem uma entrega rápida e de qualidade de produtos e serviços; enquanto funcionários querem pacotes de compensação competitivos, treinamentos, desenvolvimento, perspectivas de promoções, entre outros benefícios, que lhes tragam conforto no exercício profissional no local de trabalho (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Apenas quando há as respostas de quem são estes, o que querem e o que precisam os *stakeholders* de uma organização, se pensa quais estratégias devem ser executadas para garantir a satisfação das necessidades e demandas dos *stakeholders* no curto, médio e longo prazos de funcionamento institucional (NEELY; ADAM; CROWE, 2001).

- **Estratégias:** quais estratégias devemos colocar em prática para satisfazer nossas necessidades e as dos *stakeholders*?

Após definir os *stakeholders*-chave e suas exigências e demandas, os gestores devem decidir se realmente serão atendidos e em que medida priorizarão as satisfações em estratégias as quais a organização desenvolve para proporcionar o valor requerido pelos *stakeholders* já identificados. Isto, logicamente, enquanto garante a própria satisfação como instituição financeira. A estratégia é o caminho para proporcionar valor ao *stakeholder* por longo prazo, ampliando satisfação e mantendo o relacionamento valoroso para ambos (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

- **Processos:** quais processos devemos colocar em prática para satisfazer necessidades e vontades?

A estratégia escolhida deve ser sustentada por processos alinhados e concebidos para sua concretização. Processos são os meios organizados, repetidos

e ensinados, que fazem a organização funcionar. São projetos para que o trabalho seja feito, onde, quando e como será executado.

Diversas organizações consideram as seguintes categorias de processos: desenvolvimento de produtos e serviços, geração de demanda e realização da demanda, mas o modelo permite flexibilidade para outras adaptações específicas da organização que implantou (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

- **Capacidades:** quais capacidades/recursos precisamos para operar nossos processos mais eficazmente e mais eficientemente?

Capacidades é a combinação de pessoas, práticas, tecnologias e infraestrutura que juntas permitem a execução do processo de negócios da organização. Com a resposta a esta pergunta é possível identificar medidas que permitem à organização acessar as capacidades atuais para as quais se deve planejar e executar, e se estão sendo mantidas e protegidas suficientemente para preservar relacionamentos institucionais contínuos e positivos para ambos os envolvidos (NEELY; ADAM; CROWE, 2001).

- **Contribuições dos *stakeholders*:** o que queremos e por que precisamos de nossos *stakeholders*?

Não só a organização precisa valorizar seus *stakeholders*, mas deve estar em uma relação em que seus *stakeholders* contribuam com ela, de maneira positivamente recíproca. A lógica do modelo procura valorizar meios de construção dos relacionamentos organizacionais simultaneamente positivos para ambos os envolvidos analisados (NEELY; ADAM; CROWE, 2001).

Na relação há uma dinâmica e sutil tensão entre ambas as demandas e necessidades. Por exemplo, funcionários podem desejar trabalhos motivadores, com boas recompensas, perspectivas de promoções, enquanto outros funcionários desejam lealdade, flexibilidade, produtividade e criatividade (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Segundo Neely, Adams e Kennerly (2002), todo negócio precisa gerenciar suas relações com cada *stakeholder* reconhecido como notório, enquanto aumenta o valor dos investidores. A base da relação com os *stakeholders* devem ser a

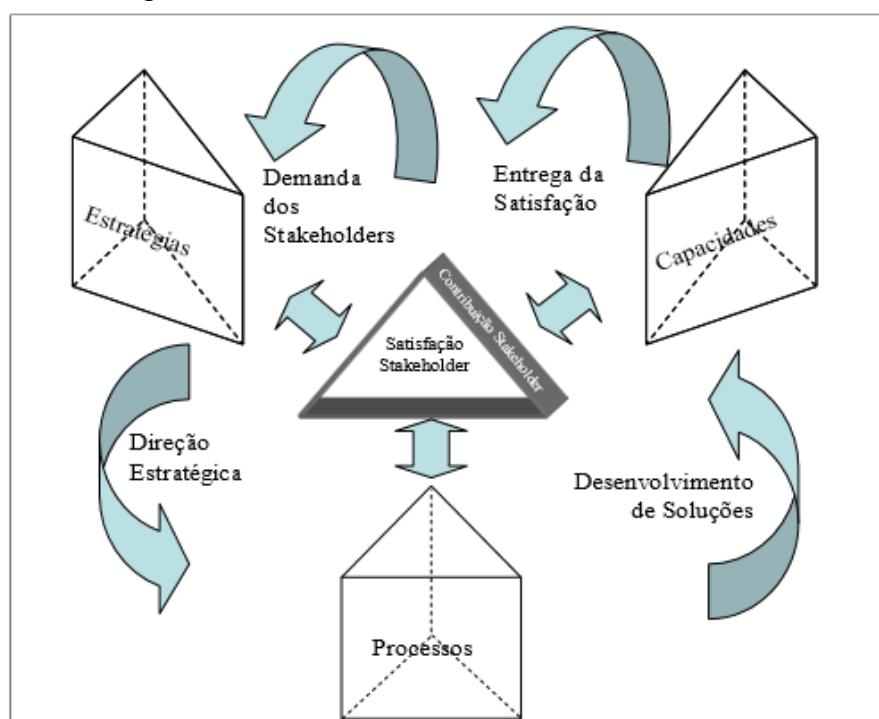
reciprocidade, a organização atenta ao que os *stakeholders* precisam e querem; os *stakeholders* devem se ater ao que as organizações precisam e querem, em uma via de mão dupla importante para ambos.

Os relacionamentos foram esquematizados na figura seguinte, para facilitar o entendimento entre a organização e seu funcionamento, valorizando os *stakeholders*.

As estratégias, processos e capacidades precisam estar ligadas entre si, para a compreensão de como se combinam para satisfazer demandas e exigências dos *stakeholders* e da organização. É essencial que estejam alinhadas e integradas para a organização estar bem posicionada e dar valor a todos os *stakeholders* envolvidos nos processos analisados da organização avaliada (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Juntos, os pontos oferecem um quadro integrado e compreensível à performance da gestão organizacional. Respondendo às questões, as organizações construiriam um modelo de performance estruturado de negócio como mais um meio de busca de manutenção e prosperidade de seu funcionamento institucional (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Figura 8 – Cinco facetas do *Performance Prism*



Fonte: Neely et al. (2002) apud Hourneaux Junior (2010, p.75)

Compreende-se que medidas de desempenho são projetadas para ajudar pessoas saber se estão se movendo na direção correta que desejam a partir do planejamento. Além disso, ajudam gestores a estabelecer se estão indo para o destino que querem alcançar como forma de organização também gerencial. O destino final é a satisfação das necessidades e demandas dos *stakeholders* previamente selecionados como efetivamente fundamentais à prosperidade da organização (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

Para os autores, existem quatro processos fundamentais que sustentam o desenvolvimento e a implantação de um sistema de medição de desempenho (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002):

- Design: relacionado a entender o que deve ser medido e definir como deve ser medido. São medidas individuais que requerem design preciso e cuidadoso, se devem atingir o desejo final e encorajar os comportamentos adequados.
- Planejar e construir: procedimento relacionado ao planejamento de como acessar os dados, construir os sistemas de medida, fazer a configuração da manipulação, organizar a distribuição dos dados e superar as preocupações políticas e culturais das pessoas sob a medida de performance para facilitar e avaliar o desempenho de forma efetivamente mensurada.
- Implementação e operação: relacionado ao fato de gerenciar as avaliações usando informações de medida para entender o que acontece na organização e aplicar o aprendido promovendo melhorias na performance dos negócios de forma contínua e sustentável.
- Atualização: quanto à medida em si, deve-se sempre mantê-la atualizada e refinada, garantindo que permaneça relevante às necessidades da empresa.

Segundos os autores, as medidas passam a mensagem sobre o que importa e como devem se comportar e quando as medidas são consistentes com as estratégias das empresas. E encorajam comportamentos consistentes com a estratégia (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002).

O modelo da Avaliação pelo Prisma de Desempenho foi escolhido para a presente análise principalmente pelo fato de a unidade de análise ter alcançado a lucratividade. O trabalho se baseou na entrevista com o diretor, por causa de relacionamentos, e porque foi escolhida a teoria dos *stakeholders* para classificar os interessados. Segundo os autores, outros modelos falham ao não reconhecer o relacionamento recíproco entre organização e *stakeholders* (NEELY; ADAM; CROWE, 2001).

Em síntese, nos estudos das organizações de saúde os *stakeholders* constituem elementos centrais, reforçando a justificativa de escolha do Modelo do Prisma de Desempenho.

2.5 Aplicação dos referenciais teóricos em organizações de saúde e hospitais psiquiátricos

O presente estudo pretendeu, mesmo com limitações metodológicas, desenvolver estudo da interface dos serviços de saúde mental, mais especificamente dos hospitais psiquiátricos e conhecimentos gerenciais.

Como citado, Carneiro da Cunha (2011) desenvolveu em sua pesquisa um modelo de avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos, sendo único na literatura brasileira da temática. Trata-se de pesquisa com grande relevância para a área da saúde, mas a tese de Carneiro da Cunha (2011) não contemplou a avaliação de desempenho de hospitais psiquiátricos que tenham se adaptado ao mercado para prestação de serviços do tratamento de dependência química para governos estaduais, como as novas políticas públicas para álcool e drogas, que contrastam com a antiga política da reforma psiquiátrica de fechamento de leitos, nacionalmente e em âmbito estadual, no caso de São Paulo. Assim, um modelo de avaliação e desempenho para hospitais psiquiátricos ainda é inexistente e se torna urgente diante das novas políticas.

Antes dos programas “Crack: é possível Vencer” de 2011, em nível nacional, e do “Programa Recomeço”, de 2013, de funcionamento estadual, o financiamento de contratação de vagas para internação em hospitais psiquiátricos ocorria pelo governo federal por meio do SUS. Com a validação da abertura de novas vagas

pelos novos programas, o financiamento é federal e estadual, com valores diferenciados dos anteriores, no caso de São Paulo.

O financiamento das vagas do Hospital Lacan provém do novo programa de atendimento de portadores de dependência química do governo do Estado de São Paulo. Por pagar valores bem maiores em comparação ao financiamento prévio exclusivo do governo federal, passou a ser muito mais vantajoso em termos de resultados financeiros para o Hospital Lacan, possibilitando superar a crise financeira que enfrentava, e se tornar ativo no desenvolvimento da nova política no Estado de São Paulo.

A avaliação do desempenho no hospital, podendo ser aplicada em similares, deve ser verificada sob os aspectos de indicadores.

Diversos estudos apresentam motivos para justificar a utilização de sistemas de mensuração de desempenho. Simons (2000) concebe que a informação de um sistema de mensuração de desempenho serviria para alguns propósitos, como tomada de decisão; controle; sinalização para os empregados; educação e aprendizado; comunicação externa.

Posteriormente, pesquisas sobre o levantamento de variáveis que justifiquem o uso de sistemas de mensuração de desempenho, como a de Marr (2004), buscaram os gestores da alta administração de 780 organizações e identificaram os motivos que justificam usar um sistema de gestão de desempenho para diferentes segmentos de negócios.

Os motivos principais encontrados foram: controle; planejamento estratégico; tomada de decisões rotineiras; validação de estratégia; comunicação; motivação e recompensa; administração dos resultados com *stakeholders*; elaboração de relatórios regulares e busca de conformidades.

Em complemento, Henri (2006) defende que a alta administração das organizações buscaria itens, similares ou não, dando flexibilidade de adaptação de acordo com as peculiaridades da empresa na qual os indicadores serão usados, como utilização de sistemas de mensuração de desempenho que incluem monitoramento; foco de atenção; tomada de decisão estratégica; legitimação.

Não foram identificados relatos da aplicação dos sistemas de mensuração de desempenho em hospitais psiquiátricos brasileiros; os resultados desta pesquisa contribuem para a discussão de políticas públicas e aplicação por gestores das instituições similares.

2.6 Políticas públicas de saúde para dependência química

A contextualização sobre as mudanças econômicas e administrativas que ocorreram no segmento dos hospitais psiquiátricos brasileiros depende de breves entendimentos sobre as políticas públicas de saúde mental, compreendidas como diretrizes para ações de planejamento, programas, projetos e atividades do governo (BRASIL, 2006).

Este estudo tem como objeto de pesquisa um hospital psiquiátrico, e seguirá a revisão das mudanças consecutivas nas políticas públicas de saúde mental do Brasil nos últimos 40 anos, para a explanação do contexto que fez o Hospital Lacan entrar em grave crise financeira e conseguir superá-la como exceção desse segmento da economia.

Historicamente, o portador de transtornos mentais, cliente dos hospitais, foi marginalizado ou excluído em instituições psiquiátricas que com frequência não respeitavam os direitos humanos. Nos anos 70, tiveram início movimentos sociais pela desinstitucionalização do doente mental, com a proposta do cuidado na comunidade, fora de hospitais psiquiátricos. Na década de 80, com o SUS, foram criadas as condições iniciais essenciais para o início das reformas na saúde mental brasileira (BRASIL, 2013 a).

Na década de 90, de acordo com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi estabelecida a nova política de saúde mental, que prevê a atenção comunitária, pública e territorializada do portador de transtorno mental e determina mudanças, critérios, adequações para hospitais especializados. Entre os programas criados está o PNASH/Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares), que tem como objetivo avaliar a qualidade do tratamento oferecido por todos os hospitais psiquiátricos; os de baixa qualidade são encaminhados para o descredenciamento; e o Programa de Reestruturação da

Assistência Psiquiátrica, que visa reduzir de forma responsável e segura os leitos psiquiátricos de baixa qualidade, e de grandes hospitais (em geral mais de 240 leitos) (BRASIL, 2013 a e b). Desde 2002 ocorre o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Em 2002 eram 51.393 leitos, e em 2011 são 32.284 (BRASIL, 2012 a).

A denominada reforma psiquiátrica brasileira, que visou à mudança do modelo de tratamento de saúde mental, foi amparada pela lei 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Há outros dados no Anexo B.

A unidade de análise desta pesquisa mudou sua gestão a partir de dificuldades financeiras, a fim de prestar serviços de tratamento para dependência química ao novo contratante; em seguida estão em destaque mais informações sobre as políticas públicas de tratamento a portadores de dependência química, nas quais o Hospital Lacan se inseriu.

No Brasil, a discussão das políticas públicas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas merece ser ressaltada em decorrência do abordado grave problema de dependência química no Brasil. A partir de ampla busca nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Ebsco, o início dos estudos acadêmicos sobre as políticas teve início na década de 1980, com pesquisas sobre a experiência da redução de danos, que tinha como maior objetivo diminuir o risco de contaminação por HIV entre usuários de drogas injetáveis e melhorar de forma geral a sua qualidade de vida (MARLATT, 1999). Mas apenas a partir do século XXI houve maior produção científica sobre políticas públicas e serviços de tratamento para dependentes químicos.

Diversos serviços de saúde, públicos e privados, são propostos para o atendimento da população. Há serviços de baixa complexidade, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e de maior complexidade, como os Centros de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), que possuem regime ambulatorial, e enfermarias especializadas, que oferecem a internação do dependente, se imprescindível (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

O número tende a crescer com o novo Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, instituído pelo governo federal, que prevê, na Rede de Cuidados em Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas, financiamento e habilitação de vagas em enfermarias psiquiátricas que atendam aos critérios para inserção no programa (BRASIL, 2011 b).

O programa “Crack, é possível vencer” está estruturado de forma a aumentar serviços de tratamento e atenção aos usuários de drogas e seus familiares; promover a prevenção do uso de drogas; e reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas (BRASIL, 2011 b).

Entre as principais ações do programa, como os “consultórios de rua”, e o aumento da disponibilidade dos CAPS AD, está o apoio às enfermarias psiquiátricas para a internação de usuários (BRASIL, 2011 b).

Estão previstos recursos federais da ordem de R\$ 4 bilhões, até 2014, para todo o programa. Estados e municípios investirão recursos no Programa (BRASIL, 2011 b). Sua concretização envolve compromissos e responsabilidades por parte do governo federal, Distrito Federal, Estados e municípios, além da participação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2011 b).

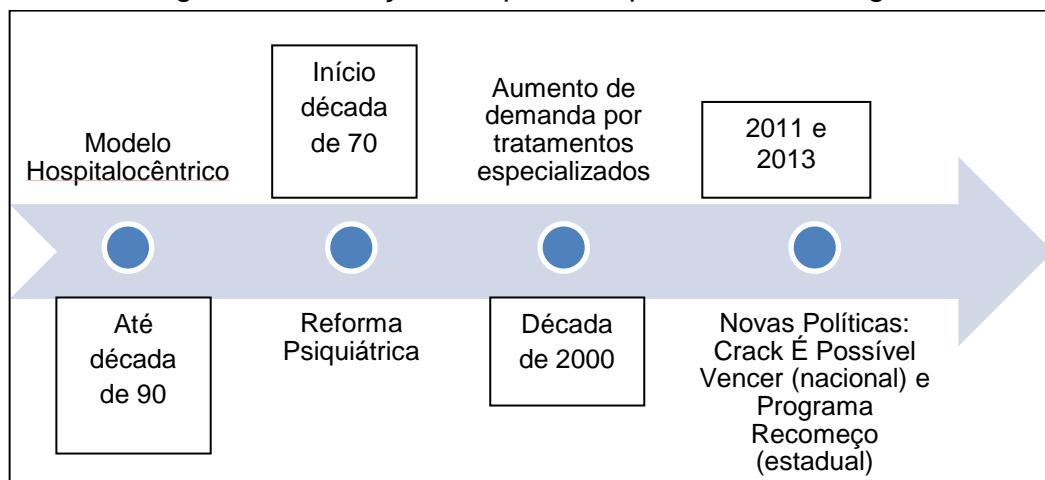
Para apoio e parceira com enfermarias psiquiátricas são previstos 2.460 novos leitos para casos de abstinências e intoxicações graves, e internação de curta duração até a estabilidade clínica. Serão readequados 1.140 leitos existentes para crack e outras drogas. O reajuste do valor da diária de internação será de R\$ 57 para até R\$ 200 por leito (BRASIL, 2011 b).

Outra política de destaque é o “Programa Recomeço”, do governo do Estado de São Paulo, que servirá de exemplo para outros Estados, iniciativa em parceria com os Poderes Judiciário e Executivo, coordenada pelas Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Defesa da Cidadania e do Desenvolvimento Social, com o objetivo de promover e facilitar a busca de dependentes químicos e familiares por tratamento multiprofissional. Preconiza o tratamento ambulatorial, entretanto entende que alguns casos exigem internação. Promove o aumento do número de leitos para o tratamento de quadros graves da dependência química, e há ainda o Cartão Recomeço, que custeará vagas para o tratamento dos dependentes químicos em comunidades terapêuticas, unidades de acolhimento social e enfermarias

especializadas. O programa centra-se na família e na reinserção social (Governo do Estado de São Paulo, 2013). A portaria apresenta as características dos serviços hospitalares, diretrizes, necessidades da estrutura física, equipe técnica multiprofissional mínima, critérios para execução dos serviços, entre outros quesitos.

A evolução histórica das políticas para álcool e drogas pode ser visualizada na figura 9:

Figura 9 – Evolução das políticas para álcool e drogas



Fonte: Elaborada pelo autor

3 PROCEDIMENTOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

3.1 Unidade de análise - negócio Hospital Psiquiátrico Lacan

O Hospital Lacan está localizado na rua José Odorizzi, 620, em São Bernardo do Campo, na Grande São Paulo, especializado no diagnóstico e tratamento de transtornos mentais e dependência química. A empresa pertence ao Grupo Saúde Bandeirantes, como o Hospital Bandeirantes, Glória e Lefort, os três na cidade de São Paulo. Vale ressaltar que o presente estudo de caso se refere ao Hospital Lacan, e não ao Grupo Saúde Bandeirantes.

O Hospital Lacan, até 2007, era administrado por seus proprietários, que tinham como fonte de renda principal o recebimento de recursos financeiros de pagamentos de serviços prestados pelo SUS das cidades do Grande ABC, o que incluía Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Diadema e Ribeirão Pires. Em 2007, o Grupo Saúde Bandeirantes adquiriu o negócio para compor sua rede de hospitais diante do interesse em atuar no segmento da saúde; ao fazer parte de uma rede de atendimento clínico maior, reduziria tributos de todo o grupo.

Mesmo tendo o benefício da redução de impostos com a aquisição, houve esforços administrativos para o hospital melhorar seu desempenho organizacional, alterando a situação financeira de prejuízos mensais, especialmente em um momento no qual grande parte dos hospitais psiquiátricos já tinha fechado ou se encontrava em difícil situação econômica.

Como alternativa para reduzir a dependência de fonte de renda exclusiva e insatisfatória oriunda dos pagamentos da Secretaria de Saúde do Grande ABC, o Grupo Saúde Bandeirantes promoveu investimento para reforma da planta física de uma parte para ofertá-la a potenciais contratantes, como planos de saúde, pacientes particulares e outros órgãos governamentais. A nova unidade foi composta por quartos individuais e de até três leitos, proporcionando espaços para práticas terapêuticas específicas (como Terapia Ocupacional) e ambiente de convívio agradável (Grupo de Saúde Bandeirantes, 2013).

Logo depois de a reforma ser concluída, o governo do Estado de São Paulo, pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), buscava leitos para contratação, com a

finalidade de internar pacientes portadores de dependência de drogas. Diante da capacidade recém-instalada do Hospital Lacan, foi possível estabelecer um novo contrato de 30 leitos (Grupo de Saúde Bandeirantes, 2013); o pagamento de valores diferenciados foi decisivo para a redução do déficit mensal.

Segundo a página do Hospital Lacan na internet, a instituição se dedica a serviços de internação para pacientes com dependência química, alcoolismo e transtornos mentais, como depressão, psicose, ansiedade, entre outras patologias. O tratamento dos pacientes envolve a participação ativa de equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, clínico geral, assistente social, nutricionista, educador físico, enfermagem e conselheiros, em um mesmo ambiente terapêutico (Grupo de Saúde Bandeirantes, 2013).

Logo depois, houve a necessidade de aquisição de mais leitos pela Secretaria de Saúde do Estado, o que quadriplicou o número contratado, sendo 120 leitos em 2013 (LEITE, 2013), o que originou valores de pagamentos que permitem deixar o balanço financeiro do hospital lucrativo desde 2011. Processo relativamente rápido, não antes visto no segmento de hospitais psiquiátricos, principalmente pelo modo comparativamente mais lento e menos lucrativo que costumam funcionar as relações entre saúde pública, hospitais psiquiátricos particulares e o movimento ideológico de fechamento de leitos (ABP, 2010; MENDES, 2013).

3.2 Considerações epistemológicas sobre a pesquisa qualitativa

3.2.1 Escolha do estudo de caso único

A primeira consideração é que o presente estudo centrou-se em estudo de caso, considerando como unidade básica de estudo (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2010) o Hospital Lacan. A escolha se deu porque estudos de caso são importantes para a compreensão em profundidade dos fenômenos ocorridos em determinado caso.

Yin (2010) define que o estudo de caso é pesquisa empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente

evidentes" (YIN, 2010, p. 39). Segundo o autor, a investigação do estudo de caso "enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados" (YIN, 2010, p. 40).

O estudo de caso permite entender fenômenos sociais complexos, por meio do conhecimento de características holísticas e significativas do fenômeno. As características da metodologia de estudo de caso estão na forma de questão de pesquisa, que é "como" e "por que"; no fato de o pesquisador ter pouco ou nenhum controle dos eventos comportamentais; e enfocar eventos contemporâneos. O estudo de caso não pretende estender às populações e aos universos, mas às teorias, uma generalização analítica (YIN, 2010).

Complementarmente, o Hospital Lacan representa um estudo de caso único. Optou-se pelo estudo de caso único porque ele é o mais adequado para se captar as singularidades de um caso específico a ser estudado (STAKE, 1995), como é a experiência vivida pelo Hospital Lacan. Portanto, considerando que esse hospital é uma organização com "característica peculiar", os esforços para se entender o que a leva a ser diferente são cientificamente válidos (YIN, 2010). É importante entender quais elementos relacionados à gestão estratégica fizeram o objeto de estudo se diferenciar da maioria dos demais hospitais psiquiátricos brasileiros, principalmente em suas ações estratégicas de aumentar vagas para novo contratante, diferentemente do SUS do governo federal, em um contexto histórico de fechamento de vagas e crise desse tipo de prestação de serviço de saúde hospitalar. Este estudo de caso único se caracteriza como integrado, pois envolve a análise de documentos, entrevista do diretor e grupo focal com gestores internos.

3.2.2 Escolha da pesquisa qualitativa

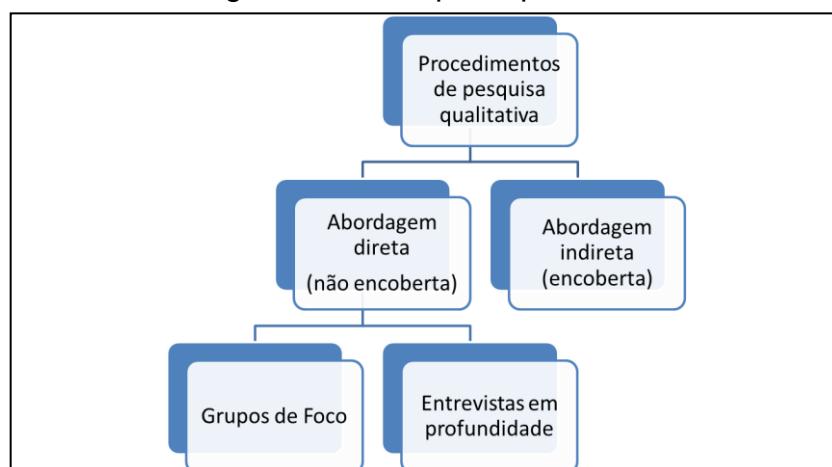
A metodologia do presente estudo foi dividida em duas fases: qualitativa exploratória e descritiva. Ambas apoiaram-se na pesquisa qualitativa para coleta de dados de campo.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), a pesquisa qualitativa é aquela em que a coleta das informações não é feita a partir de medição numérica, mas com a metodologia da observação, descrição, análise documental, entrevistas abertas, discussões de grupos.

Características da pesquisa qualitativa merecem destaque, como o fato de em geral serem conduzidas nos ambientes naturais dos participantes; as variáveis não são controladas e manipuladas experimentalmente; os dados obtidos são influenciados pelas experiências e prioridades dos participantes; e os significados dos dados coletados são apresentados a outros dados, não necessitando de análises estatísticas (GRINNELL, 1997; CRESWELL, 1997; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Adicionalmente, a pesquisa qualitativa tem como objetivo descrever detalhadamente situações, relações, comportamentos, entre outros eventos (PATTON, 1980). Complementarmente, Malhotra (2006, p.155) ressalta que a pesquisa qualitativa é “metodologia de pesquisa não estruturada e exploratória, baseada em pequenas amostras, que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema”.

Entre os procedimentos da pesquisa qualitativa, estão as abordagens diretas e indiretas. Na direta, os objetivos da pesquisa não são encobertos, mas apresentados aos participantes. Na indireta, o objetivo seria encoberto, ou disfarçado. Dentro da abordagem direta, as principais técnicas utilizadas são: grupo focal e entrevista em profundidade, utilizadas no presente estudo e descritas detalhadamente. A figura 10 ilustra os procedimentos:

Figura 10 – Pesquisa qualitativa



Fonte: adaptada de Malhotra (2006, p.156)

A figura apresentada destaca que a abordagem direta pode ser utilizada para os grupos de foco e entrevistas em profundidade. O destaque foi apresentado, pois ambos os métodos para coleta de dados foram utilizados na presente pesquisa. Para melhor elucidar esse aspecto, há a explicação detalhada de cada uma das duas grandes fases de coleta de dados da pesquisa.

3.3 Primeira fase – pesquisa qualitativa exploratória

A primeira fase deste estudo ocorreu a partir de uma metodologia de pesquisa qualitativa exploratória. A pesquisa exploratória é aquela em que o pesquisador tem como objetivo “examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2010, p. 99).

A metodologia foi escolhida como primeira abordagem para a presente pesquisa pelo fato de o caso do Hospital Lacan representar fenômeno relativamente novo, sendo serviço com características específicas e relevantes em novo contexto de política pública para álcool e drogas no Brasil. Isso o torna único e de destaque, merecendo ser estudado amplamente sob a luz acadêmica de teorias da administração de empresas, além de ser essencial um estudo capaz de entender os possíveis elementos que justifiquem sua gestão em particular.

Reforçando a necessidade de se estudar o caso específico do Hospital Lacan, que se diferenciou e se destacou dos demais hospitais do setor, a literatura de administração em saúde apresenta poucos estudos sobre desempenho de serviços de saúde. Destaca-se a tese de Carneiro da Cunha (2011), que avaliou o desempenho em hospitais filantrópicos brasileiros, sendo uma das referências teóricas para o presente estudo. Entretanto, mesmo o estudo de Carneiro da Cunha (2011) não abordou especificamente os serviços de hospitais psiquiátricos, fazendo com que seja um objeto particular ainda sem amparos teóricos nos estudos de administração no Brasil. Diante disso, o presente estudo buscou as contribuições de conhecimentos para esse tipo de organização de saúde.

Por meio da abordagem inicial exploratória, permitiu-se levantar características descriptivas do objeto de estudo.

Para se coletar os dados pertinentes da primeira fase exploratória de estudo, duas grandes fontes de dados foram consideradas. A primeira é uma análise documental do Jornal do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (SINDHOSP). Trata-se de publicação voltada à área de saúde, que eventualmente aborda temas relevantes para os hospitais psiquiátricos, especialmente sobre o Hospital Lacan, e que contribuiu para o levantamento das primeiras informações sobre o objeto de estudo. Também fez parte da análise documental publicações do Diário Oficial da União que apresentam os aumentos de convênio entre Estado e Hospital Lacan.

Adicionalmente, uma entrevista em profundidade com o diretor geral do Hospital Lacan foi conduzida para que características específicas do hospital fossem compreendidas pelo pesquisador e serem identificados os principais *stakeholders* do Hospital Lacan. Aproveitou-se a entrevista para se coletar dados referentes às estratégias utilizadas pelo Hospital Lacan para o crescimento do serviço quando os demais hospitais psiquiátricos estavam em crise. Os dados foram importantes para que, juntamente com os dados da segunda fase da pesquisa, fosse possível entender as estratégias de controle e avaliação de desempenho do Hospital Lacan.

Essa forma de coleta de dados se justificou porque, segundo Yin (2010), a entrevista é uma das ferramentas mais importantes para o estudo de caso como fonte de informação. A entrevista em profundidade representa um tipo de entrevista em que é permitido se questionar o informante sobre fatos e opiniões diante de um assunto, sendo os insights base para novas investigações; no caso do presente estudo, base para o grupo focal. Para o autor, o respondente pode apresentar outras fontes de evidências, como novos indivíduos como informantes para o estudo, que podem ou não corroborar suas respostas. No presente estudo, a entrevista em profundidade com o diretor apresentou as responsáveis técnicas como outra fonte de evidência, sendo que as mesmas foram convidadas para o grupo focal, abordado na segunda fase do estudo.

Por sua vez, Malhotra (2006, p.163) completa que a entrevista em profundidade se define como “uma entrevista não estruturada, direta, pessoal, em que um único respondente é testado por um entrevistador altamente treinado”. Não

obstante, Aaker, Kumar e Day (2011, p.209) definem a entrevista em profundidade como “aquela realizada frente a frente com o respondente, na qual o assunto-objeto da entrevista é explorado em detalhes”.

Malhotra (2006) destaca que a entrevista em profundidade é individual e dura de 30 minutos a uma hora. O entrevistador tem o papel de estimular o respondente a falar abertamente sobre o tema proposto; a direção da entrevista depende da fala do entrevistado, ainda que haja um roteiro preparado. Malhotra (2006) ressalta que a sondagem, ou seja, a forma pela qual o entrevistador estimula que o respondente fale mais sobre determinado ponto, é decisiva para o aprofundamento da entrevista.

Aaker, Kumar e Day (2011) assinalam que as entrevistas em profundidade podem ser não diretivas, ou seja, o entrevistado tem liberdade total para sua resposta, sendo essencial um ambiente descontraído, e que o entrevistador seja capaz de esclarecer certos pontos sem ser tendencioso, e evitar digressões; ou podem ser entrevistas semiestruturadas, mais utilizadas com especialistas e executivos, em que um roteiro de assuntos específicos é abordado, com tempo específico para cada pergunta.

Malhotra (2006) apresenta as características do entrevistador: não se mostrar superior, deixando o respondente confortável; apresentar simpatia, mantendo-se imparcial e objetivo; planejar perguntas informativas; buscar formas de fazer o respondente falar mais depois de respostas monossilábicas como “sim”, “é” ou “não”; e sondar o respondente.

Quanto às vantagens da entrevista em profundidade, Malhotra (2006) destaca: respostas aprofundadas; atribuição da resposta ao respondente (quando há mais pessoas, como em um grupo, pode-se confundir quem respondeu certa informação); trocas livres de informações pela ausência de pressões de outras pessoas.

Em relação às desvantagens das entrevistas em profundidade: dificuldades no desenvolvimento habilidoso da entrevista; possibilidades de influências do entrevistador; dificuldades na análise e interpretação das falas; custo alto no caso da necessidade de muitas entrevistas (MALHOTRA, 2006).

As vantagens e desvantagens da entrevista em profundidade referente à presente pesquisa serão discutidas no item considerações finais.

3.4 Segunda fase – pesquisa descritiva

A segunda fase do presente estudo centra-se em uma pesquisa descritiva, na qual o método de coleta de dados escolhido foi o grupo focal, com gestores internos para obtenção de informações relativas ao processo de avaliação e mensuração de desempenho, com destaque especial para elaboração, desenvolvimento e uso de indicadores na avaliação de desempenho do hospital.

A pesquisa é descritiva - os pesquisadores “medem, avaliam ou coletam dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno a ser pesquisado” (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2010, p.101). Para a presente pesquisa, houve uma análise sobre como se estabelecem os sistemas de avaliação e mensuração do Hospital Lacan, descrevendo-se o processo no intuito de se definir como é conduzido no caso abordado. Para explorar os dados correspondentes, essa abordagem sustentou-se nos conceitos do Modelo do Prisma de Desempenho, com estímulo do moderador com perguntas específicas, dado que o modelo é capaz de mensurar e avaliar o desempenho sob o enfoque do *stakeholder*.

O grupo focal, segundo Duarte et al. (2008, p. 83), “é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de se obter informações de caráter qualitativo em profundidade”. Abrão (2005) afirma que o grupo focal tem por objetivo verificar como os participantes se “sentem ou pensam sobre determinado assunto, produto, serviço ou ideia”.

Para Duarte et al. (2008), as principais características do grupo focal são:

- Composto por pequeno número de pessoas, para a profunda interação entre os participantes;
- A sessão dura de uma a duas horas;
- A discussão pauta-se em poucos temas;
- O moderador tem um roteiro com os principais e relevantes temas a serem abordados;

- Existe a possibilidade de haver a presença de um observador externo registrando as reações dos participantes;
- As questões e respostas não são estruturadas;
- Os participantes são informantes.

Portanto, o grupo focal é uma técnica científica, um processo disciplinado de investigação, sistemático e verificável (KRUEGER; CASEY, 2000).

Segundo Veiga e Gordim (2001 apud DUARTE et al., 2008), o grupo focal se caracteriza como meio de pesquisa qualitativa para compreender o processo de elaboração das interpretações, atitudes e representações sociais de grupos humanos a partir de indivíduos escolhidos e abordados de forma científicamente apropriada pelo pesquisador. Diante disso, a escolha do método se deu, a princípio, porque dentro das diversas formas de coleta de dados em pesquisa qualitativa, o grupo focal é o que reúne diversos indivíduos habilitados para tratar de uma temática, promovendo ampla problematização sobre a discussão temática ou aspecto específico que tenha sido escolhido, tratado e planejado pelo moderador (BACKES et al., 2011).

Para Backes et al. (2011), a larga utilização dos grupos focais em diversas áreas da ciência deve-se ao seu reconhecimento como espaços relevantes para atingir concepções grupais sobre determinada temática. Por exemplo, o grupo focal é considerado técnica para coleta de dados de diversas áreas, como Antropologia, Ciências Sociais, Mercadologia e Educação, mas deve-se ressaltar que é aplicável à área de saúde, utilizando sessões em grupo para discussões orientadas em um tópico ou assunto específico a ser debatido entre os participantes (RESSEL et al., 2008). O ponto específico, no presente estudo, seria o sistema de avaliação e mensuração de desempenho, sob a perspectiva do *stakeholder*.

A escolha em utilizar um grupo focal numa segunda fase se deu, primeiramente, porque já havia melhor direcionamento e mais clareza das variáveis-chave sobre o que abordar no encontro com o universo amostral de participantes da pesquisa. Com base nas informações coletadas da entrevista em profundidade realizada anteriormente, os pontos críticos relacionados à gestão estratégica do hospital estavam mais claros ao pesquisador. Em um segundo momento, o grupo

focal foi importante porque trouxe gerentes do Hospital Lacan provenientes de diferentes atividades funcionais, cujas respostas foram resultado da integração social entre elas, o que ajudou a pesquisa de campo a abordar holisticamente as ações estratégicas, em especial de controle e avaliação de desempenho, centradas nos *stakeholders*.

A escolha do grupo focal e não de outra técnica se deu em decorrência dos resultados que pode trazer, considerando vantagens e desvantagens. Gomes e Barbosa (1999 apud DUARTE et al., 2008) destacam vantagens do grupo focal, como uma forma de coleta de dados rápida e de baixo custo, fornecendo relevantes e profundas informações qualitativas sobre o tema. Malhotra (2006) complementa como vantagens de se aplicar um grupo focal: sinergia do grupo; efeito bola de neve em relação aos comentários dos participantes; estímulo para expressão de opiniões e emoções; segurança pela identificação entre os membros; espontaneidade nas respostas; descobertas felizes e inesperadas; entrevistador bem treinado; escrutínio científico; estrutura flexível; rapidez na coleta dos dados. Por fim, para Duarte et al. (2008), as vantagens de trabalhar com o grupo focal são: clima tranquilo e de confiança para o diálogo; participação ativa dos atores; informações extrapolam prévias concepções dos pesquisadores; alta qualidade dos dados coletados.

Segundo Veiga e Gondim (2001 apud DUARTE et. al., 2008), as desvantagens seriam: dificuldades para reunir participantes com as características necessárias; polêmicas e discordâncias no debate; possível invalidação dos dados em decorrência da ingerência de participantes. Malhotra (2006) cita como desvantagens: risco do uso incorreto da técnica ou dos resultados; erros nas interpretações; dificuldades na moderação; confusões quando da análise pelo volume de falas; resultados podem não ser representativos da população em geral.

Considerando todos esses pontos, preferiu-se o grupo focal em relação, por exemplo, ao método Delphi, porque, por um lado, há as vantagens do Delphi, como o anonimato dos respondentes e participantes especialistas. Por outro lado, o método Delphi apresenta características que não o adequavam à pesquisa, como questionários estruturados, aplicados intensivamente e de forma intercalada, em rounds, *feedback* controlado, e busca pelo consenso (correndo o risco de ser artificial), e que não trariam o resultado da reflexão conjunta oriunda da interação social (MUNARETTO; CORRÊA; CARNEIRO DA CUNHA, 2013).

Complementarmente, Aaker, Kumar e Day (2011) propõem um quadro (Quadro 5) de comparação entre grupo focal e entrevista em profundidade:

Quadro 5 – Comparação entre grupo focal e entrevista em profundidade

	Grupo de foco	Entrevistas individuais em profundidade
Interações do grupo	Estão presentes. Isso pode estimular novas ideias nos participantes.	Não existem. Portanto, o estímulo para novas ideias nos participantes tem que partir do entrevistador.
Pressão do grupo/ dos pares	A pressão e o estímulo do grupo podem esclarecer e desafiar as novas ideias.	Na ausência da pressão do grupo, as ideias dos participantes não são desafiadas.
Competição dos respondentes	Os respondentes competem entre si pela chance de se manifestar. Existe menos tempo para se obter detalhes em profundidade de cada participante.	O indivíduo está sozinho com o entrevistador e pode expressar-se em ambiente não competitivo. Há mais tempo para obtenção de informações detalhadas.
Influência	As respostas em um grupo podem ser “contaminadas” pelas opiniões dos outros membros.	Com apenas um respondente, não existe a possibilidade de influência.
Delicadeza do tema	Se o tema é delicado, os respondentes podem sentir-se constrangidos em falar na frente de todos os outros.	Se o tema é delicado, o respondente pode sentir-se mais à vontade para falar.
Fadiga do entrevistador	Um único entrevistador pode facilmente conduzir várias sessões de grupos de foco sem se cansar ou se desmotivar.	A fadiga e a desmotivação do entrevistador podem ser problemas quando o número de entrevistas tem que ser grande.
Quantidade de informação	Uma quantidade relativamente grande de informações pode ser obtida em curto espaço de tempo e com custos razoavelmente baixos.	Uma quantidade relativamente grande de informações pode ser obtida, mas leva tempo para coletar e analisar os resultados. Assim, os custos são relativamente altos.
Estímulo	O volume de material motivacional que pode ser usado é um tanto limitado.	Uma grande quantidade de material motivacional pode ser utilizada.
Agenda	Pode ser difícil agendar uma sessão com seis ou oito participantes se estes forem do tipo difícil de recrutar (como executivos muito ocupados)	Entrevistas individuais são facilmente agendadas.

Fonte: Aaker, Kumar e Day (2011), adaptado de Advertising Research Foundation (1985)

Com base no paralelo entre entrevistas em profundidade e grupo focal, pode-se defender a escolha de uma segunda etapa se sustentando no método do grupo focal e não na entrevista individual com os participantes, porque com o método escolhido foi possível ter um resultado diferenciado. Isto é, as informações coletadas foram provenientes da interação social entre os participantes. Por mais que cada um deles viesse com opiniões previamente estipuladas sobre as perguntas realizadas, o próprio grupo focal estimulou a reflexão e os fez ter opinião consensual final. O tipo de resultado é importante quando se pretende observar todo o hospital e não como resultado de determinado departamento, e quando se quer um resultado capaz de abranger a integração entre as atividades funcionais. A integração que sustenta a visão dos processos sob o ponto de vista de diversas áreas (e suas demandas específicas) se torna possível quando os diferentes departamentos podem conversar e refletir sobre uma realidade.

O fato ocorre porque, de acordo com Inocente (2006), o objeto de análise do grupo focal é a interação dentro do grupo. De acordo com Aaker, Kumar e Day (2011, p. 211), “a ênfase desse método está nos resultados da interação do grupo quando focado sobre uma série de assuntos de discussão introduzidos por um líder”. Por isso, os participantes se influenciam mutuamente, motivados e estimulados pelo moderador (GIOVINAZZO, 2001), expressando opinião sobre cada tópico e interagindo uns com os outros a fim de se gerar discussões mais espontâneas, perspicazes e emocionais.

A técnica do grupo focal é uma entrevista em grupo na qual a interação orientada pelo moderador configura-se como parte integrante deste método de pesquisa qualitativa. No processo, o encontro ou os encontros grupais possibilitam aos participantes explorar pontos de vista geralmente se baseando em práticas cotidianas de atuação no trabalho, a partir de reflexões sobre determinado fenômeno social escolhido, usando seu vocabulário daquela temática; podem ainda participar com as próprias perguntas para contribuir buscando respostas pertinentes à questão sob investigação e sob moderação, em tempo controlado, para dar a organização necessária da metodologia (BACKES et al., 2011). O grupo focal possibilita níveis de reflexões que outras formas de coletas de dados convencionais não permitem atingir, ficando inexploradas (KITZINGER, 1994 apud BACKES et al., 2011).

A interação social entre os participantes permite uma possibilidade real de desenvolver novos conhecimentos para os participantes, oferecendo suporte para mudanças profissionais, e aproximar a pesquisa dos ambientes da prática de trabalho e vice-versa (BACKES et al., 2011). Para a interação social se viabilizar, é fundamental se considerar a figura do moderador como intermediador, facilitador e articulador dos pontos discutidos no grupo focal. Segundo Malhotra (2006), o grupo focal é dinâmico, baseando-se na grande interação não somente entre os participantes do grupo, mas até mesmo entre eles e o moderador.

Por isso, Malhotra (2006, p.157) deixa clara a importância da figura do moderador (geralmente o pesquisador) no grupo, atestando que o grupo focal é “uma entrevista realizada por um moderador treinado, de forma não estruturada e natural, com um pequeno grupo de entrevistados”. O moderador é aquele que apresenta as questões a serem discutidas e conduz o ritmo e a evolução do diálogo, pois deve ter habilidade para estimular a expressão de opiniões e emoções do grupo por meio da empatia e flexibilidade, além de ter a habilidade para perceber quando deve mudar de pergunta, evitando que poucos participantes “dominem” o grupo (AAKER; KUMAR; DAY, 2011). Portanto, sinteticamente, Malhotra (2006) ressalta que os moderadores devem apresentar:

- Delicadeza com firmeza: associação do desapego e da empatia;
- Permissividade: associada à garantia do bom convívio do grupo e do cumprimento dos objetivos;
- Envolvimento: estimulação da interação;
- Compreensão incompleta: para os participantes serem mais claros e específicos;
- Incentivo: estimular que todos participem;
- Flexibilidade: não se limitar ao roteiro;
- Sensibilidade: para manter qualidade do grupo quanto ao teor das informações e em termos emocionais.

Durante a condução para a coleta de dados devem-se registrar todas as impressões e observações de cada tema e interpretá-las de acordo com as hipóteses geradas (AAKER; KUMAR; DAY, 2011). O registro das respostas dos

participantes pode ser gravado ou anotado por observadores (VEIGA; GONDIM, 2001 apud DUARTE et al., 2008).

Nesse ponto é importar destacar que os dados coletados no grupo focal serão confrontados com as demais fontes de dados, especialmente a entrevista em profundidade com o gestor do hospital. Deve-se ressaltar que nos estudos de caso, em geral são utilizadas uma ou mais fontes de evidências. Yin (2010) enumera como fontes: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos para complementar as informações coletadas no grupo focal. Assim, houve uma triangulação dos dados do Jornal SINDHOSP, entrevista em profundidade com o gestor do Hospital Lacane grupo focal para a análise da coerência e veracidade das narrativas e discursos apresentados no grupo focal. Isto é, além de se contar com diferentes fases da pesquisa, cada uma com seu objetivo específico e coleta de dados, as diferentes fontes de informações foram aproveitadas para a triangulação dos dados.

A multiplicidade de fontes de evidência é importante, pois as conclusões são mais convincentes e acuradas quando baseadas em diversas fontes, corroborativa ou mesmo contraditoriamente em alguns casos, mas geralmente complementares quando usadas com pertinência pelos pesquisadores (YIN, 2010).

3.4.1 Procedimentos metodológicos e aspectos relevantes do grupo focal

Os escolhidos para participar do grupo focal foram os gestores das áreas críticas do Hospital Lacan, Responsáveis Técnicas dos Departamentos de Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Atendimento, indicadas pelo diretor na entrevista em profundidade. A escolha consistiu em manter a homogeneidade de atenção exigida pelo método do grupo focal (KRUEGER; CASEY, 2000), isto é, escolheram-se os gestores do hospital responsáveis pela tomada de decisão em áreas funcionais do hospital. A homogeneidade é relevante para evitar conflitos e desgastes entre os participantes do grupo (MALHOTRA, 2006). Além da homogeneidade, Aaker, Kumar e Day (2011) entendem que se deve conduzir o grupo focal com um número adequado de participantes.

Complementarmente, Krueger e Casey (2000) afirmam que o grupo focal pode reunir de 5 a 10 pessoas, para todos contribuírem. O grupo focal como

metodologia qualitativa visa encontrar pontos comuns nos discursos dos participantes. Outro aspecto é a necessidade de um roteiro para centrar a discussão, com questões abertas e compreensíveis.

Apesar de Krueger e Casey (2000) sugerir o mínimo de cinco participantes, não há consenso sobre esse ponto, mas o grupo deve ser pequeno e homogêneo para uma discussão ampla. Foram selecionadas quatro participantes para o grupo focal, com características homogêneas: eram Responsáveis Técnicas de uma classe de profissionais (psicologia, serviço social, enfermagem, recepção) do Hospital Lacan.

O grupo focal ocorreu em ambiente pactuado consensualmente entre o pesquisador e as quatro participantes, convidadas inicialmente por telefone, depois em e-mails formais elaborados com mensagens contendo o logo da Instituição Universidade Paulista e assinaturas deste autor e do orientador. No dia do grupo focal os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de o pesquisador fazer ampla explanação sobre a pesquisa e tirar dúvidas, incluindo reafirmar que as entrevistas seriam gravadas para posterior análise.

O moderador elencou os temas, sendo proposto que discutissem cada um deles, havendo a intervenção do pesquisador em relação ao controle do tempo, pois para cada assunto proposto foram planejados 20 a 30 minutos de abordagem. Foram avisadas quando passaram 20 minutos e ao final de 30 minutos, quando eram abordadas para iniciar nova discussão.

Para o grupo focal, uma auxiliar (Carolina) foi convidada para uma moderação dual, a fim de garantir um decorrer sem intercorrências, enquanto o pesquisador/moderador garantia a discussão dos temas essenciais.

Considerando a dinâmica do grupo focal e sua interação com os participantes e moderador, ainda que haja a preparação de questões a serem abordadas, novas perguntas surgem da interação. No grupo focal da presente pesquisa, o roteiro de perguntas foi alterado em cinco etapas (apêndice A): versão inicial, elaborada antes da qualificação da presente pesquisa; versão sugerida/orientada na qualificação; versão segundo a opinião de especialistas da área da saúde e administrativa com experiência em saúde mental; versão final para ocorrer o grupo; e a versão que de fato foi respondida, com a inclusão de perguntas surgidas no grupo (Quadro 6).

Quadro 6 – Versão de roteiro de perguntas apresentado no grupo focal

Nº Questão	Questões
1 Satisfação dos Stakeholders	<p>Quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital?</p> <p>O que cada uma dessas pessoas ou instituições precisa do Hospital Lacan?</p> <p>Como sabe que essas pessoas e instituições estão sendo bem atendidas?</p>
2 Contribuição dos Stakeholders	<p>Como gestores do hospital, o que vocês querem dessas pessoas e instituições?</p> <p>Como gestores do hospital, o que vocês precisam, em termos normativos, (contrato, regulação, lei, entre outros) dessas pessoas e instituições?</p> <p>O que vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas e instituições são atendidos (por exemplo: alvará, qualidade do serviço prestado)?</p> <p>Você respondem aos conselhos de classe. Eles liberam alguma certificação depois que são atendidos?*</p>
3 Estratégias	<p>Como o hospital estabelece seus objetivos anualmente?</p> <p>Quem estabelece os objetivos do hospital?</p> <p>Parece que há objetivos maiores que o hospital define, mas há também os objetivos dos setores, que vocês definem. É isso mesmo?*</p> <p>Os objetivos dos setores mudam muito; os objetivos maiores também mudam?*</p> <p>Mas vocês não participam de forma indireta (na elaboração dos objetivos do hospital)?*</p> <p>Você acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?</p> <p>Com esses objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidas?</p> <p>Que indicadores vocês usam para fazer o controle do cumprimento ou não desses objetivos para cada um daqueles considerados importantes?</p>
4 Processos	<p>Quem define os processos prioritários de cada área?</p> <p>Quais processos são fundamentais para seu departamento funcionar?</p> <p>Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?</p> <p>Como elaboram os indicadores?</p> <p>Então ocorre um aprendizado: acontece uma situação nova, é passado um novo indicador para a equipe que segue?*</p> <p>Como se verifica que os indicadores continuam válidos ao longo do tempo?</p>
5 Capacidades	<p>Que capacidades ou recursos os senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficientemente?</p> <p>O perfil dos funcionários é definido pelo RH do Lacan ou pelo central?</p> <p>Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se realizar com excelência os processos definidos anteriormente?</p> <p>Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?</p> <p>As áreas têm os conhecimentos específicos para as atividades fundamentais? Há a educação continuada para suas equipes?</p> <p>Porque (a equipe de enfermagem) tem grande rotatividade?*</p> <p>Os seus colaboradores (da psicologia) fazem o que (para se manter em dois empregos), têm flexibilidade de horário?*</p>

Fonte: elaborado pelo autor

*Questões surgidas no grupo focal

A versão segundo a opinião de especialistas da área da saúde e administrativa com experiência em saúde mental compreendeu o pré-teste da presente pesquisa. Os temas preliminares propostos pelo moderador foram pré-testados pela submissão desse instrumento às profissionais da saúde mental (médica psiquiatra, psicóloga especialista em dependência química, profissional do marketing e da administração com experiência na área da saúde mental) de uma empresa de consultoria em saúde mental, com o objetivo de verificar a compreensão completa das questões propostas para a discussão por esses profissionais, a adaptação das questões para o contexto de gestão em saúde, e eliminar questões repetitivas. O pré-teste ocorreu via e-mail, em que o pesquisador enviou o arquivo com as questões e as profissionais responderam indicando observações no próprio instrumento. Os resultados do pré-teste estão descritos no quadro do apêndice A, nas linhas “Especialistas”.

As questões preliminares foram elaboradas pelo moderador a partir e baseadas na teoria de Neely et al. (2001) do modelo do Prisma de Desempenho (representado na figura 7), centrada nos *stakeholders* da empresa. Cada tópico teve como objetivo investigar aspectos essenciais de um lado do prisma, que possibilitam a construção de um modelo estruturado de performance do negócio, e quando analisados no todo permitem compreender e integrar um enquadre para o gerenciamento do desempenho organizacional (NEELY, ADAMS; KENNERLEY, 2002). Os tópicos abordados podem ser vistos a seguir, já com as respectivas sustentações teóricas para as perguntas semiestruturadas para os participantes do grupo focal:

1 – Para explorar o quesito Satisfação dos *stakeholders*:

Quem são as pessoas ou instituições mais relevantes para o funcionamento do hospital e o que eles querem e precisam?

O lado do prisma de Neely et al. (2001) investigado é a Satisfação dos *stakeholders*, que envolve conhecer os *stakeholders* da organização, suas necessidades e demandas.

2 – Para fomentar a verificação da Contribuição dos *stakeholders*:

Como gestores do hospital, o que querem e precisam dessas pessoas e instituições importantes que se relacionam com os senhores?

A perspectiva do prisma investigada é a Contribuição dos *stakeholders*, que envolve as exigências e demandas da empresa diante dos *stakeholders* (Neely et al., 2001).

3 – Para identificar Estratégias:

Quais ações os senhores colocam em prática para satisfazer tanto as necessidades do hospital como as necessidades dessas pessoas e instituições que são importantes para o funcionamento e prosperidade do Hospital Lacan?

Como estabelecem suas metas e objetivos?

Quem estabelece a estratégia do hospital?

Têm uma visão de longo prazo nos objetivos dos senhores?

Essa perspectiva do lado do prisma, Estratégias, visa compreender quais estratégias precisam ser colocadas em ação para satisfazer as necessidades dos *stakeholders* da própria empresa (Neely et al., 2001).

4 – Para entender os Processos:

Que processos ou procedimentos os senhores colocam em prática no dia a dia de trabalho para satisfazer as necessidades e vontades do Hospital Lacan e dessas pessoas e instituições que são importantes para o funcionamento da empresa?

Quem define quais os processos-chave?

Quem define os indicadores de controle dos processos?

Como se elaboram os indicadores?

Como se verifica que os indicadores continuam válidos?

A perspectiva do prisma investigado aqui é a do Processos, que envolve identificar quais processos devem ser executados para a satisfação das exigências e demandas dos *stakeholders* e da empresa (NEELY et al., 2001).

5 – Para verificar Capacidades:

Que capacidades ou recursos os senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficazmente e mais eficientemente?

Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se realizar com excelência os processos-chave definidos anteriormente?

Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?

Existe um controle para verificar se essas habilidades estão sendo incorporadas pelos profissionais do hospital?

Na perspectiva Capacidades do prisma de Neely et al. (2001), são investigadas quais capacidades, habilidades dos profissionais e recursos são essenciais para os processos da empresa serem mais eficazes e eficientes.

A análise das informações obtidas na gravação das falas dos participantes do grupo focal foi qualitativa:

- A partir da teoria do Modelo do Prisma de Desempenho: foram criadas categorias de acordo com os lados do prisma proposto por Neely et al. (2001):
 - Satisfação dos *stakeholders*
 - Contribuição dos *stakeholders*
 - Estratégias
 - Processos
 - Capacidades
- A partir da teoria dos stakeholders, cada stakeholder foi classificado nas seguintes categorias:
 - Entre primários e secundários (CLARKSON,1995)

- Tipologia do Modelo *Stakeholder Salience* (MITCHELL; AGLE; WOOD, 1997).
 - Latentes (adormecido, discricionário, exigente)
 - Expectantes (dominante, perigoso, dependente)
 - Definitivo
 - Não *stakeholder*
- Relação de dependência (FROOMAN, 1999).

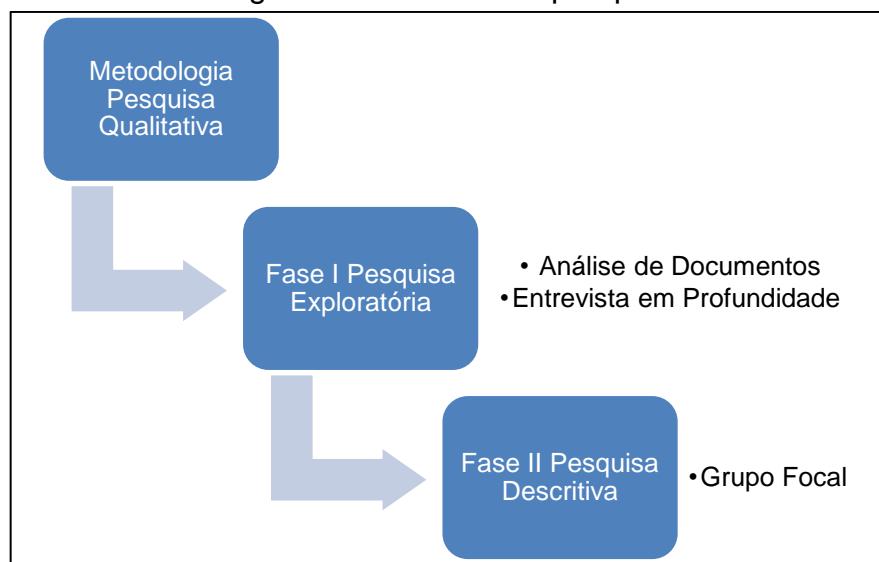
A análise é uma maneira de se avaliar a comunicação objetiva, sistematicamente buscando inferências confiáveis de informações de contexto a partir de discursos escritos ou orais de seus atores (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Foram selecionados como participantes:

- Roseli: responsável técnica da Psicologia (denominada P2);
- Maricelle: responsável técnica da Enfermagem (denominada P3);
- Joana: responsável técnica do Serviço Social (denominada P4);
- Jéssica: responsável técnica pela Recepção (denominada P5).

A figura 11 resume os passos metodológicos da presente pesquisa:

Figura 11 – Passos da pesquisa



Fonte: elaborada pelo autor

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise dos dados coletados na primeira fase – entrevista em profundidade

4.1.1 Análise documental

A análise documental foi conduzida por meio de publicações do SINDHOSP, mais particularmente do seu jornal, veículo de comunicação oficial e periódico da instituição. Na edição de outubro de 2013, páginas 8 e 9, foi publicada matéria intitulada “Saúde Mental em Xeque” (anexo C). Intimamente ligada aos propósitos da presente pesquisa, elenca dados que foram explorados.

Dentre as muitas informações, é indispensável enfatizar que se relata a difícil situação de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos; desde a década de 90, reduziu-se de 120 mil para 30 mil o número de leitos para internação psiquiátrica. A situação de sufoco financeiro é tão grande que as diárias pagas pelo SUS aos hospitais que disponibilizam o tratamento variam de 31 a 45 reais, tornando inviável a sustentação financeira com esses valores de receita.

Na edição de dezembro de 2013, Mendes (2013) analisa o fechamento dos maus hospitais psiquiátricos diante da crise e da urgência de adaptação dos serviços para atender à demanda, em artigo intitulado “A transformação dos hospitais psiquiátricos”.

Outra prova documental são as publicações do Diário Oficial da União (anexo D), de 23 de janeiro de 2013, 27 de fevereiro de 2014, e de 25 de abril de 2014, que revelam o crescimento dos convênios do Estado com o Hospital para financiamento de vagas.

A matéria, o artigo, e as publicações do Diário Oficial em termos documentais, justificaram a escolha do Hospital Lacan como objeto para o estudo de caso, por ser, como afirmado, exceção no segmento econômico, pois se esperava seu fechamento, e, pelo contrário, está fortalecido com as estratégias administrativas implantadas.

4.1.2 Entrevista com o diretor e planejamento do grupo focal

4.1.2.1 Aplicação da teoria cognitiva da escola de administração estratégica

A entrevista em profundidade foi uma das ferramentas utilizadas como fonte de informações sobre o caso estudado. A partir da entrevista semiestruturada com o diretor, Antônio Cabral (que passará a ser denominado participante 1 - P1), relacionada ao fato de o hospital ter conseguido sobreviver e mudar seu quadro financeiro de prejuízos mensais para funcionamento lucrativo de forma estratégica, verificou-se a escola do estudo de Estratégia Empresarial predominantemente existente no hospital. Identificou-se, a partir da teoria apresentada por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), de planejamento estratégico, no livro “Safari de estratégia”, que a escola mais adequada para avaliar este caso único é a Escola Cognitiva, como comprovado na análise a seguir. Segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), os estrategistas da escola Cognitiva de administração são em grande parte autodidatas e desenvolvem estruturas de conhecimentos e processos de pensamento por meio de experiência direta. Quanto a esse aspecto, devem ser analisadas as seguintes manifestações do diretor: “Em 2007 decidi que, tendo a vocação de administrador, queria prosperar para administrar hospital psiquiátrico, daí levantei uma lista dos hospitais psiquiátricos da Grande São Paulo (P1)”:

Eu sempre gostei muito de gestão, apesar de não ter concluído totalmente um curso de MBA. Desde que formei há aproximadamente 20 anos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e fiz residência médica em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da USP, naturalmente fui convidado para dirigir ambulatórios e serviços públicos de saúde mental em cidades da Grande São Paulo (P1).

Assumi a direção do Hospital Centro Psiquiátrico em 2007, e além de resolver questões administrativas específicas que só médico especialista em psiquiatria podia resolver, os proprietários perguntavam sugestões de como sair da crise financeira com serviços novos de psiquiatria. Eu, por conhecer de legislação de psiquiatria, expliquei que hospitais clínicos que assumissem leitos de psiquiatria do Sistema Único de Saúde podiam amortecer impostos. Então expliquei que uma saída era ofertar o Centro Psiquiátrico para venda a hospitais clínicos com esse interesse de redução de tributação (P1).

Como se observa nas declarações destacadas do diretor, não tem formação em administração (não terminou o MBA), mas ainda assim relatou o que usa para conseguir organizar mentalmente a execução bem-sucedida de seus projetos por

meio de experiência previamente acumulada, conhecimentos de legislação e relacionamentos, o que demonstra seu aspecto intuitivo e autodidata; uma análise sobre sua tomada de decisão seria mais bem enquadrada, predominantemente, sob os preceitos da Escola Cognitiva de estudo de estratégia.

Isso se justifica porque, para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), existem quatro premissas da Escola Cognitiva, relacionadas ao que disse o diretor, para análise:

- 1) “A formulação de estratégia é um processo cognitivo que ocorre na mente do estrategista” (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010, p.170).

Quanto a esse aspecto, destaca-se a seguinte declaração do diretor, que evidencia sua utilização:

Então esta é minha história, que começa com minha organização mental, de assumir a direção de um hospital psiquiátrico e participar ativamente com muitas outras pessoas competentes para que este hoje seja considerado um exemplo de sobrevivência lucrativa deste tipo serviço de saúde [...] (P1).

Fica evidente como o diretor (estrategista) considera que o planejamento da estratégia ocorreu em sua mente a partir de um processo cognitivo de organização de informações previamente acumuladas para serem aplicadas no contexto da gestão do hospital. Segundo a Escola Cognitiva, a experiência do indivíduo molda seus conhecimentos e, portanto, suas ações (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). O diretor pôde agir para a sobrevivência lucrativa do hospital, apenas porque suas experiências prévias moldaram os conhecimentos, permitindo ações adequadas.

- 2) “As estratégias emergem como perspectivas – na forma de conceitos, mapas, esquemas e estruturas – que moldam a maneira como as pessoas lidam com informações vindas do ambiente” (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010, p.170).

Destacou-se o que disse o diretor, que evidencia a utilização da premissa:

[...] de maneira organizada eu pegava minha agenda, em 2007 ainda usava de papel, e anotava o desejo ou problema. Depois listava possíveis meios de resolver aquela necessidade, baseando-me nos meus conhecimentos prévios, como de legislação, e nos meus relacionamentos profissionais construídos de longa data [...] (P1).

Observa-se como tinha o hábito de criar mapas cognitivos e esquematizava organizadamente a solução do problema: a partir da descrição do problema vindo do ambiente, seguida de enumeração de formas de solução baseadas em suas experiências.

- 3) Esses conhecimentos são influenciados por vieses ou distorções antes de serem neutralizados e decodificadas pelos mapas cognitivos, ou são interpretações do ambiente como é percebido.

Eu, por conhecer as necessidades da saúde mental, disse que precisávamos reformar uma das alas do Hospital Lacan e ofertar ao mercado de internação particular, de planos de saúde ou outros contratantes governamentais.

[...] e logo em seguida, tanto pessoalmente ou através de meus competentes colegas de trabalho, e tendo a credibilidade dos excelentes executivos do Grupo Saúde Bandeirantes, eu colocava tudo aquilo em prática, e com prazos para atingir ou para rever os meios de atingir o que havia planejado (P1).

O entrevistado concebe que seja possível estruturar as atividades em planos de ação baseando-se em informações externas (por exemplo, o que necessita a saúde mental), com flexibilidade para rever estratégias quando imprescindível. Revela uma visão objetiva do processamento e estruturação do conhecimento e em relação ao seu contexto, o que pode ser relacionado ao aspecto mais positivista e objetivo da Escola Cognitiva, em que o estrategista deve conscientemente neutralizar os vieses e avaliar o que está presente no ambiente para a criação de uma estratégia efetiva.

- 4) As estratégias são conceitos, e, portanto, difíceis de serem realizadas. Quando concretizadas, ficam abaixo daquilo considerado esperado, e difíceis de serem alteradas quando se tornam inviáveis.

A afirmação do diretor evidencia a utilização da premissa:

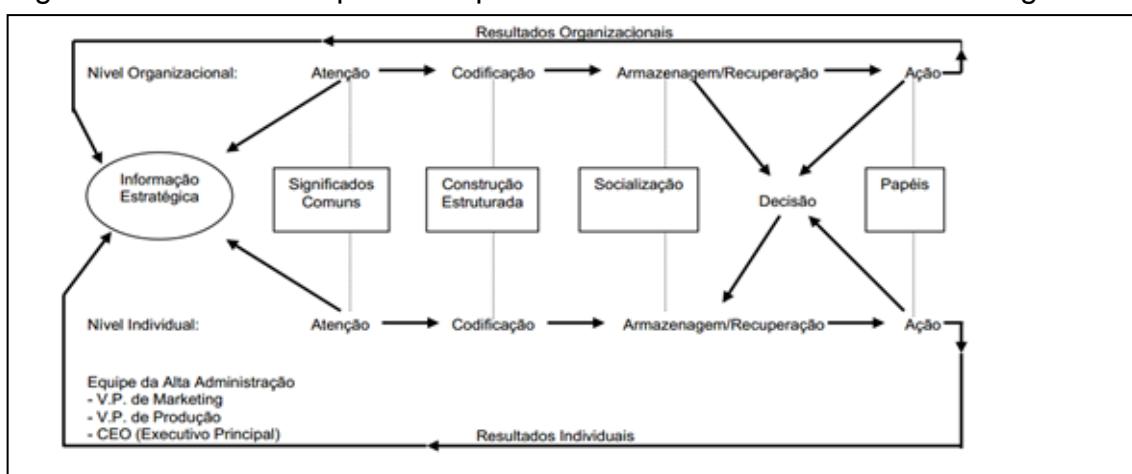
Felizmente, as coisas estão indo muito bem, apesar de muito desgaste, inclusive, infelizmente, da minha saúde. Agora, como já estamos com as contas no azul, estou respirando melhor e poderei cuidar mais de mim sem tirar a mente do hospital (P1).

Constata-se desgaste na execução da estratégia. Apesar de sua organização mental na elaboração da um mapa estratégico, ocorreu esse desgaste. Ele não

relatou aspectos sobre os resultados da estratégia que estariam abaixo do ponto “ótimo”, ou terem se tornado inviáveis.

Ainda de acordo com a Escola Cognitiva, a partir dos dados da entrevista é possível compreender que as informações relatadas podem ser organizadas de modo correspondente aos elementos que formam o Modelo de Processo Paralelo de Tomada de Decisões Estratégicas, de Corner et al. (1994). Isso se relaciona quando indivíduos e organizações operam essencialmente segundo os mesmos princípios, com o processamento das informações começando pela atenção, prosseguindo com codificação, passando por armazenagem com recuperação e culminando na escolha, para terminar na avaliação de resultados, como ilustrado no modelo esquematizado na figura 12.

Figura 12 – Modelo de processo paralelo de tomada de decisão estratégica



Fonte: Adaptado de CORNER, KNICK e KATES (1994, p. 296 apud MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010, p.155)

Transpondo os dados obtidos da entrevista para estabelecer analogia entre o que disse o diretor e os elementos do Modelo de Processo Paralelo de Tomada de Decisões Estratégicas (CORNER et al., 1994), é possível afirmar:

- Mostra-se atento às demandas do mercado - propôs reformar uma ala para ofertar a contratantes que pagariam maior valor do que os até então recebidos por diária. O que se evidenciou nessa declaração: “Eu, por conhecer as necessidades da saúde mental, disse que precisávamos reformar uma das alas do Hospital Lacan e ofertar ao mercado de internação particular, de planos de saúde ou outros contratantes governamentais (P1)”.

- Codificou que estando com enfermaria reformada poderia haver outros clientes, além do Sistema Único de Saúde, o que aqui se observa:

Em 2009, já com a reforma pronta e com disponibilidade de ofertar para o mercado, soube que o governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde, havia planejado a contratação de leitos de internação para portadores de dependência química, e novamente participei ativamente das negociações para efetivar este novo contrato com o governo (P1).

- Fez recuperação que havia relacionamentos profissionais com o professor Ronaldo Laranjeira, um dos médicos psiquiatras que elaboraram o programa de aquisição de leitos para internação de dependência química:

Também quando fomos fechar contrato com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o fato de eu conhecer e admirar de longo prazo o professor e doutor Ronaldo Laranjeira, que participava da elaboração deste projeto governamental de tratamento de dependentes químicos foi importantíssimo para efetuarmos esse contrato de prestação de serviços (P1).

- Com todas as informações deu agilidade à ação de efetivação do contrato. Os resultados foram tão positivos que quadruplicou o número de leitos para prestação de serviços: “Minha gestão [...] teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, e os leitos contratados foram quadruplicados. O Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1)”.

O fato decisivo do Modelo realmente foi resultado da combinação mental de ter preparado a enfermaria para ofertar ao mercado, com a lembrança de seu relacionamento profissional com um dos colegas médicos responsáveis pela elaboração do programa governamental. Daí surgiu a habilidade de agilizar a oferta, incluindo um interlocutor notório na tomada de decisão por parte do governo estadual.

Na primeira etapa da pesquisa foram estes, portanto, os elementos do campo obtidos da entrevista semiestruturada, organizados sob a perspectiva da Escola Cognitiva da Administração Estratégica, abordada por meio do Modelo de Processo Paralelo de Tomada de Decisões Estratégicas, de Corner et al. (1994). Há então o entendimento teórico dos dados que a aplicação de informações estratégicas resulta do processamento cognitivo do gestor entrevistado.

Cabe ressaltar a opinião de Mendes (2013 b, p.10) para o Jornal SINDHOSP, edição de dezembro de 2013. Ela ilustra o que, segundo o diretor, ocorre no Hospital Lacan, a partir de planejamentos, transformações estruturais e parceria com a Secretaria de Saúde:

A transformação dos hospitais deve fazer parte do planejamento estratégico das organizações. Há luz no horizonte, precisamos estar sensíveis para as oportunidades que estão ao nosso redor. A evolução deve constar do nosso cotidiano, sempre no sentido de buscar soluções que só serão alcançadas com esforço e perseverança.

Constata-se que o Hospital Lacan apresentou planejamento estratégico diante da situação de crise, por meio do conjunto de padrões e comportamentos (perseverança e planejamento do diretor, infraestrutura, adequação para o programa do governo do Estado, contato com pessoas influentes, conhecimento em legislação). O objetivo era a vantagem competitiva por meio da diferenciação de serviços oferecidos ao mercado (convênios, Secretaria de Saúde). Por mais que o gestor baseie parte de sua tomada de decisão na intuição, e que o planejamento estratégico não esteja formalizado, não se deve sustentar a não existência de estratégia. Ela ocorreu, e escolhas estratégicas (atender convênios e SUS) nitidamente foram tomadas para atender aos objetivos estabelecidos pelo hospital.

Cabe destacar que as escolhas estratégicas foram tomadas considerando a análise das capacidades internas do hospital (atendimento ao paciente) e do ambiente externo (identificação de oportunidade no uso de leitos SUS). A estratégia adotada pelo Hospital Lacan não se resume, portanto, a ele próprio como organização, mas à corporação (Grupo Bandeirantes) à qual ele pertence. Os objetivos do Hospital Lacan são alinhados com os objetivos corporativos, e ele tem papel fundamental no sucesso da estratégia adotada. Ainda que o centro do presente estudo se fixe nas estratégias adotadas, executadas e controladas pelo hospital, é importante ressaltar que a estratégia pertence a um alinhamento corporativo maior.

4.2 Análise da segunda fase – grupo focal e discussão dos dados das fases um e dois

O grupo focal ocorreu no dia 14 de janeiro de 2014, às 08:40 da manhã, na sala de reuniões do Hospital Lacan. As quatro participantes do grupo eram colegas

de trabalho do pesquisador e moderador, responsáveis técnicas dos Departamentos de Enfermagem (P3), Psicologia (P2), Serviço Social (P4) e Recepção (P5). As participantes foram recrutadas a partir dos resultados da Entrevista em Profundidade com o diretor clínico do hospital, que as identificou como as principais *stakeholders* internas da instituição, representando um grupo homogêneo em termos de formação acadêmica, gênero, responsabilidades e papéis internos à instituição.

Para o grupo focal foi preparado um café da manhã, oferecido antes do início das discussões, à disposição durante todo o procedimento. O objetivo da iniciativa era deixar as participantes menos receosas, propiciando um clima de descontração para se sentirem à vontade e a interação ser facilitada, como é sugerido para esse tipo de abordagem em grupo.

O ambiente do grupo estava tranquilo e descontraído, pois as participantes e o moderador já se conheciam. A transcrição do grupo focal está no Apêndice C.

4.2.1 Aplicação da Teoria dos *Stakeholders*

A partir do que disse o diretor, foi possível identificar os principais *stakeholders* da instituição, em sua opinião:

Eu cito em primeiro lugar os pacientes e familiares, porque mesmo tendo cargo de diretor eu nunca deixei de me preocupar com a qualidade do atendimento [...]. [...] o fato do Hospital Lacan pertencer ao Grupo Saúde Bandeirantes faz com que estejamos permanentemente dando satisfação do nosso trabalho para os executivos da matriz [...]. Também o João Luiz que ocupa cargo diretivo [...]. As equipes de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos [...]. [...] fazemos visitas pessoais frequentes para estas autoridades [juízes e promotores] para dar satisfação do que temos feito para os pacientes internados por ordem judicial [...]. A Vigilância Sanitária nos fiscaliza com muito rigor [...]. O Ministério da Saúde nestes anos que estou na gestão fez apenas duas visitas técnicas agendadas [...]. [...] apenas o Sindicato dos Enfermeiros faz algumas visitas pontuais [...]. [...] [o] Governo do Estado de São Paulo [...] é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan e [...] faz controle rigoroso dos encaminhamentos de pacientes e das altas, bem como reuniões periódicas para verificação da taxa de ocupação dos leitos contratados (P1).

Aplicando a teoria dos *stakeholders*, de acordo com Clarkson (1995), na perspectiva de classificação entre primários e secundários, levando em

consideração as declarações destacadas da entrevista, se categorizam as partes interessadas da unidade de análise:

- A) Stakeholders primários do Hospital Lacan:** Ministério da Saúde, governo do Estado de São Paulo pela Secretaria Estadual de Saúde; funcionários e direção; pacientes e familiares; Vigilância Sanitária; juízes e promotores;
- B) Stakeholders secundários do Hospital Lacan:** Sindicato dos Enfermeiros.

Os *stakeholders* do Hospital Lacan identificados pelo diretor estão na figura 13. Naquele momento o objetivo do estudo era identificar os *stakeholders*, de acordo com a opinião do diretor, para a seleção dos participantes do grupo focal e posterior discussão, comparando as informações com as do grupo focal. Assim, a análise da tipologia dos *stakeholders* de acordo com o Modelo *Stakeholder Salience* (MITCHELL; AGLE; WOOD, 1997) e da relação de dependência (FROOMAN, 1999), será apresentada conjuntamente com *stakeholders* identificados no grupo focal.

Figura 13 – *Stakeholders* do Hospital Lacan, segundo o diretor

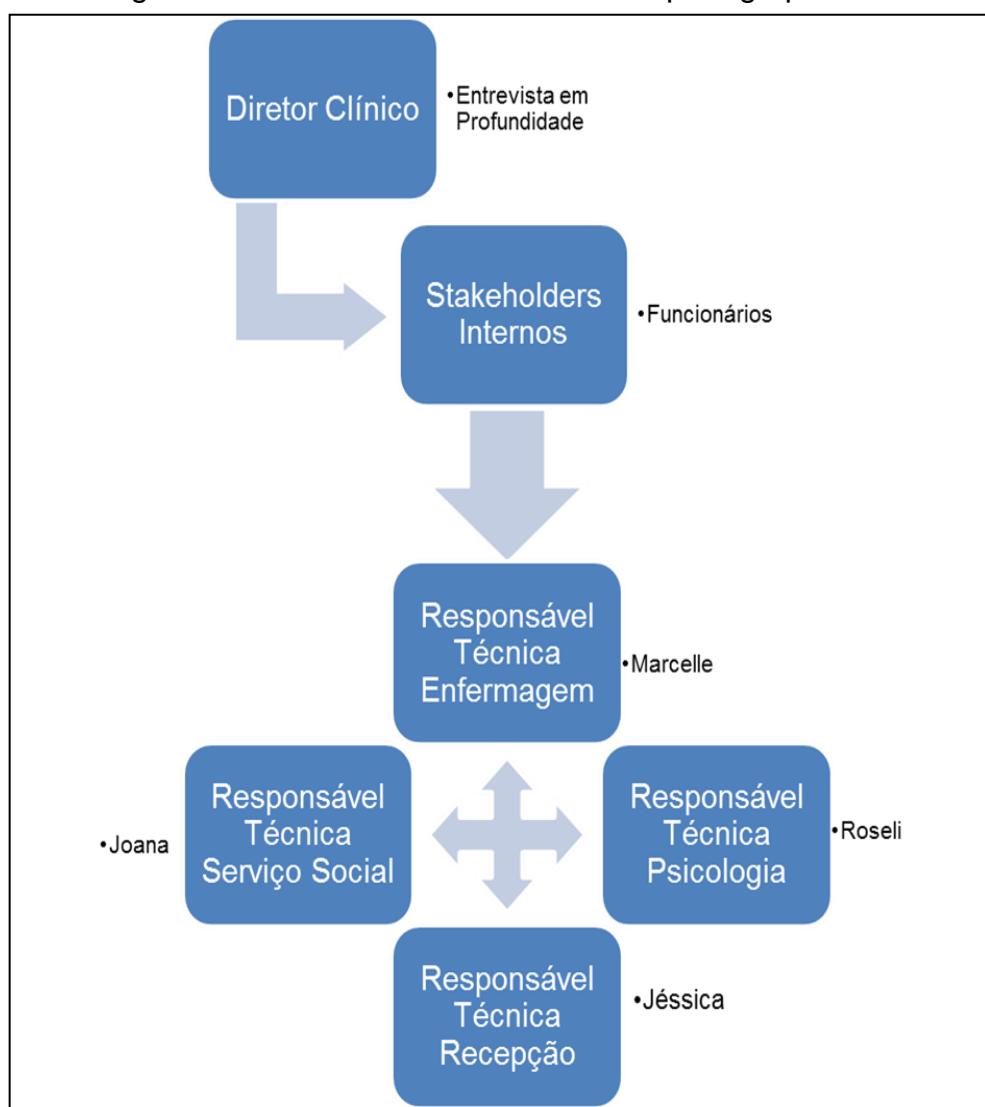


Fonte: Elaborada pelo autor

Para o diretor P1, resumidamente os principais *stakeholders* são, portanto: governo do Estado, atuando por meio da Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde, funcionários, direção, Sindicato dos Enfermeiros, familiares e pacientes.

Para os participantes do grupo focal, a partir da indicação dos funcionários considerados *stakeholders* primários pelo diretor, foram sugeridas as Responsáveis Técnicas (RTs) como participantes do grupo focal (figura 14): RT de Enfermagem (P3), RT de Psicologia (P2), RT de Serviço Social (P4) e RT da Recepção (P5).

Figura 14 – *Stakeholders* selecionados para grupo focal



Fonte: Elaborada pelo autor

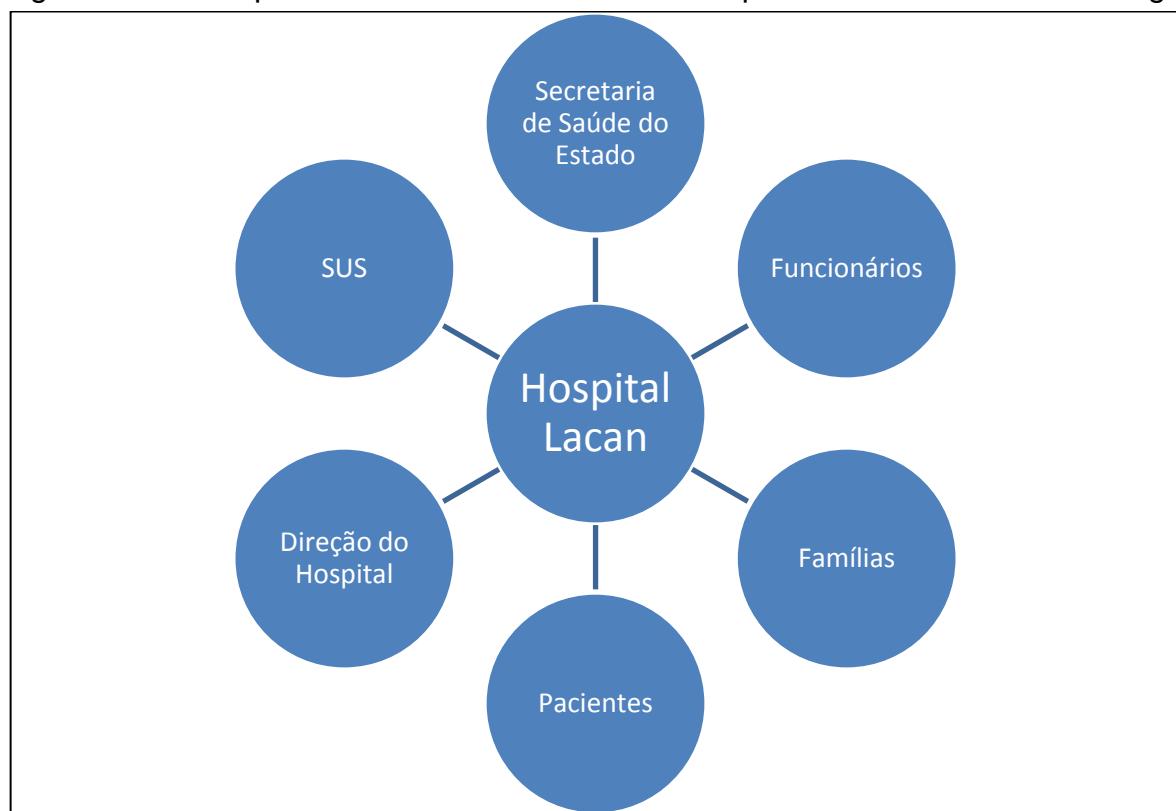
No grupo focal, apesar do consenso sobre os principais *stakeholders*, ressaltou-se em uma análise inicial individualizada (primeiras falas do grupo focal, antes de haver a discussão, mudanças de opiniões, concordâncias e consensos,

característicos desta metodologia) os principais *stakeholders* para cada setor da instituição, comparando a opinião dos demais setores e do diretor. Para a Responsável Técnica (RT) da Psicologia (P2), os principais *stakeholders*, em concordância com o diretor, são: Secretaria de Saúde do Estado, funcionários, direção, pacientes e familiares. P2 acrescentou o SUS municipal (figura 15).

Foi o que disse P2, destacando os *stakeholders*:

Na minha opinião, para o hospital funcionar ele precisa dos pacientes, que não são só fonte de trabalho, mas de renda. E nós temos a organização, que vai desde direção até os funcionários que atendem os pacientes, da limpeza e os órgãos que nos remuneram, como a Secretaria de Estado da Saúde e o SUS (P2).

Figura 15 – Principais *stakeholders* na visão da Responsável Técnica de Psicologia

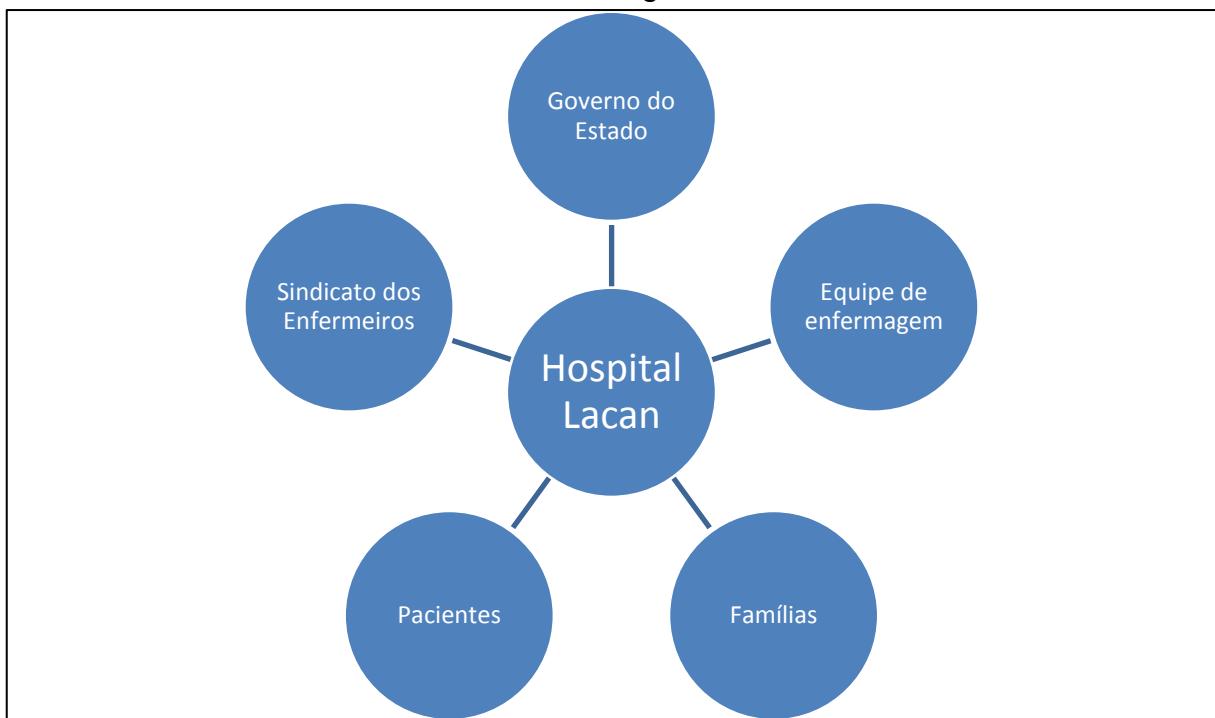


Fonte: Elaborada pelo autor

Analizando-se o conjunto de declarações da RT de Enfermagem, P3, os principais *stakeholders* do hospital, concordando com o diretor e com a RT de Psicologia são: governo do Estado, pela Secretaria de Saúde, pacientes e familiares. Tem como opinião comum com o diretor o Sindicato dos Enfermeiros como *stakeholder*. Apenas em concordância com a RT P4, especificou a equipe de

enfermagem entre os funcionários como *stakeholders* (figura 16). Desse *stakeholder* destacam-se as opiniões de P3 e de P4: “Na minha opinião, como sou da enfermagem, a equipe de enfermagem é a mais importante, pois está na linha de frente e tem maior observação, mais tempo com os pacientes” (P3); “a enfermagem é fundamental, é quem cuida 24 horas do paciente, com a ajuda da equipe multiprofissional” (P4).

Figura 16 – Principais *stakeholders* na visão da Responsável Técnica de Enfermagem

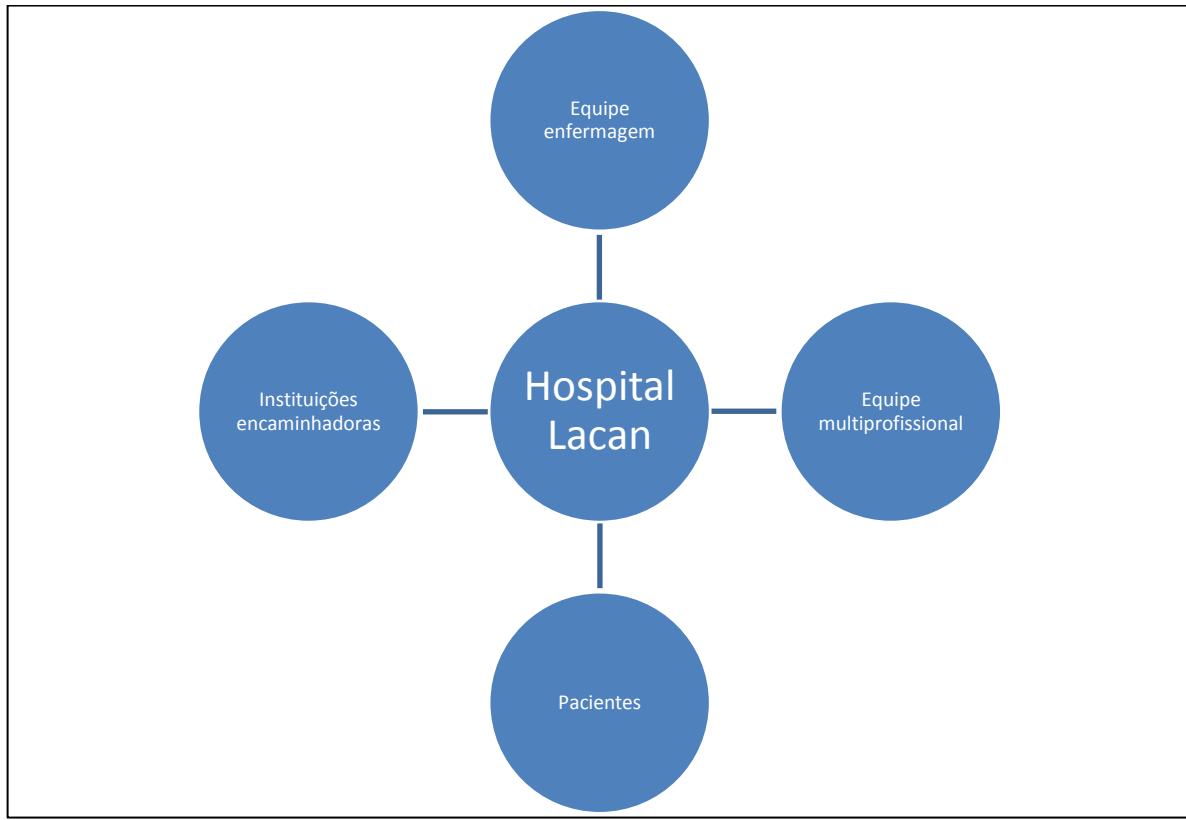


Fonte: Elaborada pelo autor

A RT de Serviço Social, P4, em concordância com o diretor, com as RTs de Psicologia e Enfermagem, identificou os funcionários (equipe multiprofissional) e os pacientes como os principais *stakeholders*, citando de forma mais geral “instituições encaminhadoras” em lugar de especificar a Secretaria de Saúde e o SUS. Em consonância com a RT de Enfermagem, cita a equipe de enfermagem como importante *stakeholder* (figura 17). As declarações de P4 indicam os *stakeholders*:

[...] eu também acho que o mais importante para o hospital, sem dúvida, é o paciente, que é ele que gera toda a rede de trabalho. A enfermagem é fundamental, é quem cuida 24 horas do paciente, com a ajuda da equipe multiprofissional. E temos também as instituições que nos encaminham pacientes e das quais dependemos, por nosso hospital não ser porta aberta, é um conjunto de coisas (P4).

Figura 17 – Principais *stakeholders* na visão da Responsável Técnica de Serviço Social



Fonte: Elaborada pelo autor

A RT da Recepção, P5, em concordância e consenso com o diretor, com as RTs de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social, identificou a Secretaria de Saúde, o SUS, pacientes e famílias como *stakeholders* principais, especificando a equipe da recepção (figura 18). As seguintes afirmações de P5 mostram os *stakeholders* principais: “Na minha opinião as pessoas mais importantes são os pacientes, depois as famílias, que fazem o acompanhamento, e as instituições, como Secretaria da Saúde e SUS” (P5); “e no caso, o meu setor de atendimento é o que tem a maior responsabilidade, por realizar o primeiro atendimento, ser a porta de entrada. Se o paciente não é bem atendido, o familiar pode até tirar o paciente do hospital” (P5).

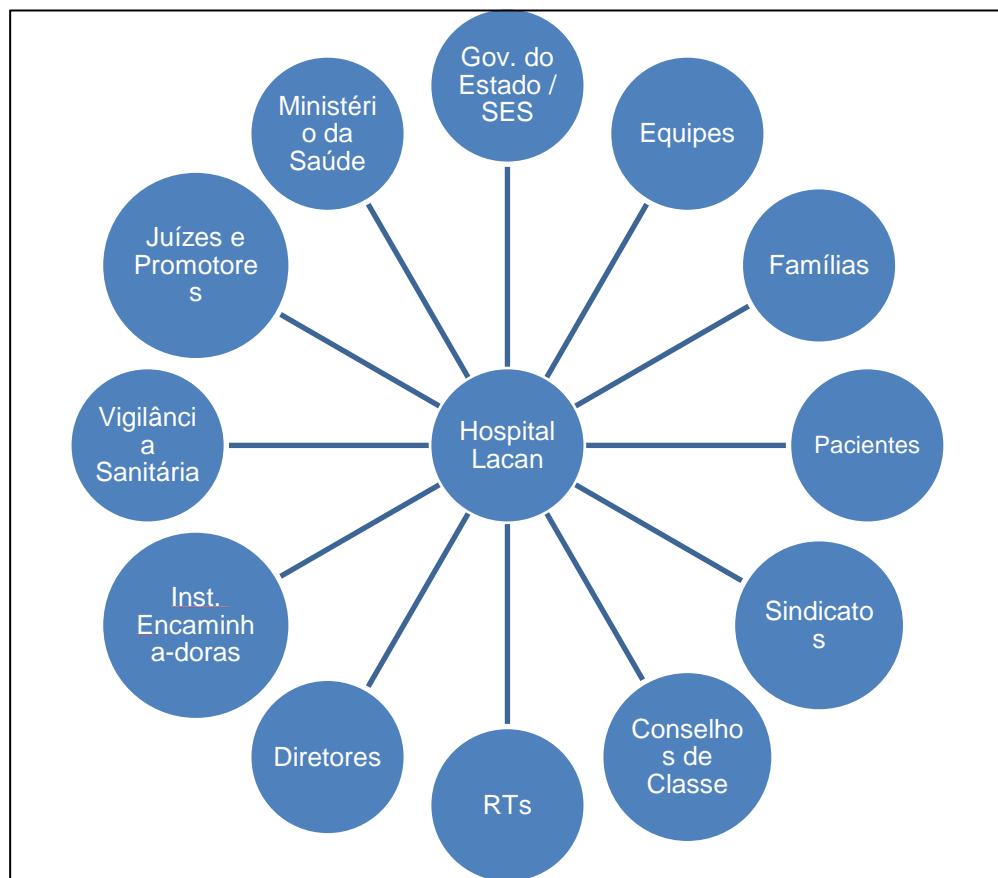
Figura 18 – Principais *stakeholders* na visão da Responsável Técnica da Recepção



Fonte: Elaborada pelo autor

Na figura 19 é possível observar a análise geral dos principais *stakeholders* identificados na entrevista com o diretor e pelo grupo focal:

Figura 19 – *Stakeholders* identificados na entrevista em profundidade e no grupo focal



Fonte: Elaborada pelo autor

O quadro 7 apresenta os principais *stakeholders* na visão de cada participante no início do grupo focal. Ao longo do grupo, foram criados consensos, como demonstrado no quadro 8. O quadro foi elaborado a partir de cada uma das RTs no início do grupo focal e do diretor na entrevista em profundidade. Após a interação social entre os participantes do grupo focal, a opinião do grupo foi manifestada por meio de um quadro a ser demonstrado posteriormente.

Quadro 7 – *Stakeholders* na visão de cada participante do estudo

<i>Stakeholder</i>	P1/ Diretor	P2/ RT* Psicologia	Mericelle/ RT* Enfermagem	P5/ RT* Recepção	P4/ RT* Serviço Social
Ministério da Saúde (PNASH)	X				
Governo do Estado/ Secretaria de Saúde	X	X	X	X	
SUS		X		X	
Instituições encaminhadoras					X
Vigilância Sanitária	X	X	X		
Juizes e promotores	X				X
Direção do hospital	X	X			
Responsáveis Técnicas	X				
Funcionários/equipes	X	X	X	X	X
Pacientes	X	X	X	X	X
Famílias	X	X	X	X	
Sindicato Enfermeiros	X		X		
Conselhos de classe		X			

Fonte: Elaborado pelo autor

*RT: Responsável Técnica

Na análise das figuras 13, da 16 a 20, e o quadro 7, constata-se que, primeiramente, há consenso no grupo focal sobre os principais *stakeholders*, mesmo quando se analisam as declarações individuais. O consenso foi percebido na sessão do grupo focal, a partir das demonstrações e expressões de concordância de cada participante diante das demais, e com a demonstração de que houve consenso ao final da discussão sobre “quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital” (Hewdy). Os únicos *stakeholders* que não receberam concordância direta entre as RTs foram os específicos do setor, como equipe da recepção, equipe de enfermagem, Sindicato dos Enfermeiros, Conselho de Psicologia. Mas quando se analisa de forma macro, é possível generalizar que quando as RTs discorriam especificamente sobre esses *stakeholders*, tratavam de “equipe ou funcionários”, ou “sindicatos e conselhos de classe”, sendo possível estabelecer o consenso. Pode-se ainda afirmar que houve consenso em relação aos *stakeholders* identificados na entrevista em profundidade pelo diretor e grupo focal.

No quadro 8, a seguir, há a análise da entrevista em profundidade, decorrente da interação do grupo. Os *stakeholders* serão analisados de acordo com a área, tipologia do Modelo Stakeholders Salience, e em relação à dependência do hospital no quadro 9. Os *stakeholders* serão analisados em relação ao modelo de Neely et al. (2001) a partir da seção 4.1.2.3, que aplicará o modelo da Avaliação de Performance pelo Prisma de Desempenho nos resultados obtidos no grupo focal e entrevista em profundidade.

Quadro 8 – Ênfase dos *stakeholders* na entrevista em profundidade e no grupo focal

Stakeholder	Entrevista em profundidade P1/Diretor	Grupo focal RTs
Ministério da Saúde (PNASH)	X	X
Governo do Estado/ Secretaria de Saúde	X	X
SUS		X
Vigilância Sanitária	X	X
Juizes e promotores	X	
Direção do hospital	X	X
Responsáveis Técnicas	X	X
Funcionários/equipes	X	X
Pacientes	X	X
Famílias	X	X
Sindicatos		X
Conselhos de classe		X

Fonte: Elaborado pelo autor

A partir desta análise global evidencia-se o consenso entre diretor e RTs sobre a importância dos seguintes *stakeholders*, muito presentes na entrevista em profundidade, permeando todas as discussões do grupo focal:

-pacientes e familiares; sem essa demanda, o hospital não existiria, por ser fornecido atendimento ético e de qualidade; governo do Estado/SES, pois o contrato de vagas tirou o hospital do vermelho, e a atenção da gestão é voltada ao atendimento das exigências desse *stakeholder*, tendo em vista o aumento de vagas;

equipes/funcionários, linha de frente no atendimento aos pacientes, necessitando de boa gestão para haver condições de exercer um trabalho de qualidade; Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), pois fiscalizam se o hospital está de acordo com a legislação vigente, e condicionam certificações e licenças de acordo com o cumprimento das normas (lembrando que o PNASH tem como objetivo avaliar a qualidade do tratamento oferecido por serviços de saúde, neste caso, mais especificamente, do hospital psiquiátrico); direção do hospital, com uma gestão que possibilitou a lucratividade do hospital; e Responsáveis Técnicas que, além de representarem uma ponte entre direção e equipes, desenvolvem uma boa gestão das equipes.

Os consensos ficam evidentes em uma leitura da entrevista e de todo o grupo focal, mas algumas declarações merecem ser destacadas: “Para o hospital poder funcionar precisamos estar de acordo com o Ministério da Saúde e passar pelo PNASH, e precisamos do alvará da Vigilância Sanitária”(P2); “mas são sempre as RTs que avaliam as necessidades e definem os indicadores” (P3) (refere-se aos indicadores de controle dos processos, revelando importante papel das RTs na gestão);

[...] para o hospital poder funcionar ele precisa dos pacientes, que não são só fonte de trabalho, mas de renda. E nós temos a organização, que vai desde direção até os funcionários que atendem os pacientes, da limpeza e os órgãos que nos remuneram, como a Secretaria de Estado da Saúde e o SUS(P2).

Os demais *stakeholders* são igualmente considerados primários por definição, pois sem eles haveria o comprometimento da sobrevivência do hospital, porque existe relação de interdependência. Entretanto, receberam menos ênfase na entrevista em profundidade ou no grupo focal. Por exemplo, o SUS municipal foi citado pelas RTs no grupo focal, tornando-se consenso de que é contratante importante, mas não foi destacado pelo diretor. Juízes e promotores merecem grande destaque para o diretor e para a RT P4, porque estão em maior contato com esses *stakeholders*, mas apesar das demais RTs concordarem sobre a importância dos juízes e promotores, não foram discutidos com maior profundidade.

Apesar de o Sindicato dos Enfermeiros ser citado pelo diretor, ele não evidenciou sua importância para o hospital, chegando a indicar que acreditava haver maior influência. Todavia, sindicatos e conselhos de classe foram valorizados pelas RTs como *stakeholders* primários, talvez por terem que responder a esses órgãos como profissionais, e porque os recebem nas visitas.

Os “executivos da matriz” do Grupo Bandeirantes foram muito citados pelo diretor, quando ressaltou a aprovação de suas ideias e projetos, representando importante papel na gestão. Contudo, não foram citados no grupo focal, provavelmente por não haver contato direto com esses profissionais, sendo a diretoria a ponte entre RTs e executivos. No grupo focal, a RT P3, com a concordância das demais RTs, abordou a importância da Vigilância Epidemiológica, não citada pelo diretor, e que certamente influencia a rotina do hospital, por demandar atenção da equipe de enfermagem. A RT P4 incluiu o CRAS do município, não discutido no grupo focal e não citado pelo diretor. É possível supor a hipótese de ser um serviço que mantém contato exclusivo com o serviço social. A RT P4 citou especificamente o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, Cratod, que faz parte do projeto da Secretaria Estadual de Saúde. As conclusões do grupo focal estão descritas no quadro anterior.

Para esse quadro foi retirado o item instituições encaminhadoras, por ser termo amplo, englobando outros *stakeholders* citados, como governo do Estado, via Secretaria de Saúde, SUS, juízes e promotores.

De acordo com Clarkson (1995), os *stakeholders* primários são parte interessadas, sem as quais há comprometimento da sobrevivência da empresa. No quadro a seguir (quadro 9), os *stakeholders* primários citados nos quadros 7 e 8 e na figura 20, identificados a partir da entrevista com o diretor e do grupo focal, foram classificados quanto à área de atuação, e nas seguintes categorias da Tipologia do Modelo *Stakeholder Salience*: latentes (adormecido, discricionário, exigente); expectantes (dominante, perigoso, dependente); definitivo; não *stakeholder* (MITCHELL; AGLE; WOOD, 1997). Foram classificados no que diz respeito à dependência mantida em relação ao hospital, de acordo com a teoria de Frooman (1999).

Quadro 9 – Análise das influências dos *stakeholders* identificados na entrevista em profundidade e no grupo focal

Stakeholders primários	Área	Tipologia	Dependência
Direção	Administrativa	Expectante/ Dominante	Alta interdependência
Responsáveis Técnicas de cada setor	Administrativa	Expectante/ Dependente	Alta interdependência
Pacientes/Familiares dos pacientes	Clientes	Latente/ Exigente	Alta interdependência
Funcionários/Equipe multiprofissional/ Equipes de cada setor	Funcionários	Latente/ Discricionário	Alta interdependência
SES/SUS/Instituições encaminhadoras	Contratantes	Definitivo	Poder do <i>stakeholder</i>
Juízes e promotores	Contratantes	Definitivo	Poder do <i>stakeholder</i>
Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde (PNASH)	Regulador	Definitivo	Poder do <i>stakeholder</i>
Conselhos de classe e sindicato	Regulador	Definitivo	Poder do <i>stakeholder</i>

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir do quadro 9 é possível observar que os *stakeholders* primários do Hospital Lacan são principalmente das áreas: 1) administrativa, especificamente a direção e as RTs; 2) clientes, especificamente pacientes e familiares; 3) funcionários, especificamente os funcionários de maneira geral, a equipe técnica multiprofissional e as equipes de cada setor (psicologia, serviço social, enfermagem, recepção); 4) contratantes, especificamente o governo do Estado por meio da SES, o SUS municipal, juízes, promotores e outras instituições encaminhadoras; 5) regulador, especificamente a Vigilância Sanitária, conselhos de classe (psicologia, serviço social, enfermagem) e sindicatos.

Tendo em vista a tipologia do Modelo *Stakeholders Salience*, que visa analisar o *stakeholder* a partir de sua capacidade de influenciar a organização, foram classificados no quadro 9:

- A direção como *stakeholder* expectante e dominante, por apresentar os atributos poder e legitimidade. A direção espera e recebe grande atenção da empresa, e a influencia com opiniões, decisões e atitudes.

Ratificam essa tipologia: “Os executivos aceitaram minha sugestão e fizemos a reforma com investimento importante e na expectativa de obter lucros depois” (P1); “novamente participei ativamente das negociações para efetivar este novo contrato com o governo” (P1); “sempre tem os objetivos do hospital, de qualquer forma sempre precisamos atender aos objetivos maiores da direção” (P2);

[...] minha gestão compartilhada com outro diretor, que é o grande companheiro João Luiz, e com uma equipe de profissionais muito qualificada, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, e os leitos contratados foram quadruplicados; o Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1).

Na entrevista em profundidade com um dos diretores, principal estrategista para retirar a instituição da situação de crise, ficou evidente como a direção, representada por ele mesmo (P1), pelo diretor João Luiz e executivos da matriz, influencia decisões, negociações e ações.

No grupo focal, a importância da direção permeia a discussão das RTs em diversos momentos, como no exemplo em relação aos objetivos principais do hospital serem definidos pela direção. Mas fica evidente ainda na discussão sobre a seleção de funcionários, definição de processos e indicadores de satisfação.

- As RTs, como expectantes e dependentes pelos atributos urgência (principalmente em relação às equipes de setor) e legitimidade, dependem do poder de outro *stakeholder* para suas reivindicações serem levadas em consideração, como os diretores.

Confirmam a tipologia as seguintes manifestações: “Na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria” (P3); “no setor de psicologia eu, Responsável Técnica, que defino, discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico, e depois de tudo isso eu ponho em prática” (P2); “os profissionais precisam de ambiente satisfatório para trabalhar, e de educação continuada que o hospital tem feito, e remuneração de acordo com sua função” (P2).

Na entrevista em profundidade, pelo diretor ter sugerido as RTs como fonte de informações, revela-se a importância dessa *stakeholder*. No grupo focal, composto pelas RTs, em diversos momentos seus papéis foram discutidos, havendo

empatia e concordância em relação às responsabilidades recíprocas. O consenso do grupo focal foi que as RTs precisam gerir os funcionários, garantindo ética, trabalho de qualidade e satisfação do trabalhador, além de representar ponte entre direção e funcionários. É essencial cumprir o que é decidido pelos diretores. As decisões das RTs, por seu lado, devem ser aprovadas pelos diretores para aí sim serem efetivadas.

- Pacientes e familiares, como latentes e exigentes, pelo atributo mais importante ser a urgência. Em geral, essas pessoas estão desesperadas por ajuda e tratamento, ou estão sendo obrigadas a se tratar. Não possuem, a princípio, poder e legitimidade, não exigem tanto do hospital, ainda assim devem ser monitoradas quanto à possibilidade de adquirir um segundo atributo, como hipoteticamente iriam à mídia ou participarem de manifestações, influenciando a imagem da instituição.

Afirmações que confirmam a classificação: “Os pacientes precisam ser bem recebidos, com atendimento humano” (P5); “pacientes precisam do atendimento da equipe multiprofissional” (P2); e:

Eu cito em primeiro lugar os pacientes e familiares, porque mesmo tendo cargo de diretor, eu nunca deixei de me preocupar com a qualidade do atendimento para a melhor assistência possível dos pacientes e familiares. Fico feliz de ter infinitamente mais elogios registrados do que reclamações (P1).

Na entrevista em profundidade ficou claro o respeito que o diretor possui pelos pacientes e familiares, os primeiros *stakeholders* a serem citados. Não são *stakeholders* que exigem muito da direção quanto a decisões administrativas, reunindo mais elogios do que críticas ao tratamento. No grupo focal, o respeito pelos pacientes e familiares é evidenciado do mesmo modo, incluindo a forma indireta, com a preocupação das RTs em relação às competências dos funcionários (ética, bom atendimento, treinamentos) diante dos pacientes e familiares.

- Funcionários e equipes são latentes discricionários, pois possuem legitimidade, percebem o que é adequado ao hospital dentro do contexto atual, mas não têm inicialmente o poder de influenciar o hospital, nem alegam urgência.

Estão em consonância com essa classificação: “Equipe de profissionais muito qualificada, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo” (P1); “a equipe de enfermagem é a mais importante, pois está na linha de frente e tem maior observação, mais tempo com os pacientes” (P3); “na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria” (P3); “no setor de psicologia eu, a Responsável Técnica, que defino, discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico, e depois de tudo isso ponho em prática” (P2); e:

As equipes de profissionais de saúde [...], somos rigorosos na seleção para minimizar desgastes depois da contratação. Além disso, faço questão de fazer reunião periódica com esses profissionais para supervisioná-los sobre questões clínicas e legais [...] (P1).

As equipes estão presentes na entrevista do diretor e no grupo focal. Ele ressalta a importância da qualidade da equipe para evitar desgastes, além da supervisão constante, assinalando a relevância da equipe diante do contratante principal, o governo do Estado. No grupo focal ficou evidente como é essencial a equipe diante do tratamento dos pacientes, porque é “linha de frente” nesse cuidado. A participação desses *stakeholders* é ativa nas decisões do setor e das unidades, mas as opiniões não são definitivas, devendo passar pela aprovação da RT e da direção.

- Contratantes e reguladores são definitivos porque possuem poder, legitimidade e urgência, e os gestores do hospital sempre dão atenção imediata e prioritária a esses *stakeholders*, que permitem o funcionamento do hospital em termos financeiros e de certificações.

Afirmações que fundamentam a análise: “Na minha área são milhares de contratos, na verdade regulação: contrato COREN, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, contratos de Normas de Rotinas e Procedimentos, e muitas outras” (P3); “o hospital está em dia de acordo com o PNASH, está de acordo com as normas para hospitais psiquiátricos” (P2); “por exemplo, se surge uma necessidade da Secretaria de Saúde, precisamos atender” (P2); “a Vigilância Sanitária é o fiscalizador mais assíduo, com ênfase nos processos de dispensação de

medicamentos da farmácia, que são muito regulados por serem de receituário de controle especial" (P1):

Eu deixei para falar do governo do Estado de São Paulo por último, porque este é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan e de forma muito justa, como responsáveis pelos gastos públicos, faz controle rigoroso dos encaminhamentos de pacientes e das altas, bem como reuniões periódicas para verificação da taxa de ocupação dos leitos contratados (P1).

[...] no caso da Psicologia, eu passo pela fiscalização do Conselho de Psicologia, então tem que estar de acordo com as normativas do conselho; e para cada instituição que tem contratos, são contratos administrativos que só podem ser concluídos se tiver passado por avaliação (P2).

Em casos judiciais, que trabalhamos com pacientes judiciais, precisamos estar focados no que o juiz determina que seja feito com o paciente, em termos de tempo e prazo de internação. Temos a Promotoria, que rege os termos das internações involuntárias, e a gente presta obediência em informar sobre a entrada do paciente, da alta do paciente, nós temos um período de cumprimento desta determinação, para não sermos cobrados nem penalizados (P4).

A importância dos *stakeholders* contratantes e reguladores permeia o que fala o diretor na entrevista em profundidade. Ele deu grande peso à sua opinião sobre o governo do Estado, ressaltando que a instituição modificou a história do hospital. Na entrevista em profundidade não há dúvidas sobre como os contratantes e reguladores são os *stakeholders* que mais demandam da diretoria, com a cobrança de cumprimento de regras e fiscalizações frequentes. No grupo focal, as RTs demonstram consenso sobre a preocupação em atender ao que é solicitado por esses *stakeholders*, sempre priorizando as demandas.

Quanto à dependência, constata-se no quadro 8 que os *stakeholders* primários são classificados da seguinte maneira:

- A direção tem relação de alta interdependência, pois a sua dependência e da organização é mútua, e a direção usa seu poder em ações para influenciar o hospital. A direção tomou as atitudes iniciais essenciais para a lucratividade do hospital, como se depreende da análise da estratégia pela Escola Cognitiva; é a direção que aprova o proposto pelas RTs e equipes.

Afirmações que exemplificam a alta interdependência, demonstrando a concordância entre o grupo focal da dependência da direção: "Sempre tem os

objetivos do hospital, sempre de qualquer forma precisamos atender aos objetivos maiores da direção" (P2); "na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria" (P3); "no setor de psicologia eu, Responsável Técnica, que defino, discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico, e depois de tudo isto eu ponho em prática" (P2).

A seguinte manifestação do diretor revela a interdependência:

[...] minha gestão compartilhada com outro diretor, que é o grande companheiro João Luiz, e com uma equipe de profissionais muito qualificada, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, os leitos contratados foram quadruplicados e o Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1).

- As RTs têm relação de alta interdependência, pois dependem de decisões superiores, mas influenciam diretamente a elaboração de projetos terapêuticos e a qualidade do tratamento prestado, critérios para aumento de contratos, e influenciam a qualidade de vida e serviços prestados pelos funcionários de seu setor.

Evidenciam o consenso do grupo focal sobre a relação de interdependência: "Eu acho que são as RTs de cada área que definem [os processos], juntamente com os colaboradores, mas parte delas" (P4); "no setor de psicologia eu, Responsável Técnica, que defino [os processos], discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico, e depois de tudo isto eu ponho em prática" (P2); "em alguns casos a diretoria intervém em alguns processos com alguma ação, mas são sempre as RTs que avaliam as necessidades e definem os indicadores" (P3); "e aí existe outro controle mais administrativo das RTs, no gerenciamento, como controle dos pontos, funcionário com ou sem banco de horas, se ele tem muito atraso ou não, a gente também administra" (P3); e:

o hospital tem um objetivo por exemplo de aumentar o contrato com a Secretaria para aumentar vagas para dependência química. O setor de psicologia vai trabalhar para que isto aconteça, vai adequar um projeto terapêutico com o que tem de mais moderno neste cenário, para que a gente seja contratado. [...] de certa forma eles têm um objetivo, mas precisam que a gente atue também. Se não fazemos um bom projeto, não conseguimos nada. Principalmente no meu setor, que trabalhamos muito nesta área, se não temos um bom projeto adequado, você não consegue um bom contrato (P2).

- Os pacientes e familiares possuem alta interdependência, pois sem eles não é possível ofertar tratamento; e sem sua demanda, os contratantes não seguirão com a manutenção e abertura de vagas. O Hospital Lacan foi o primeiro a fazer convênio com o Estado, representando importante e um dos únicos locais de tratamento para desintoxicação de dependentes químicos graves. Os pacientes e familiares necessitam do tratamento gratuito e de qualidade para a retomada de sua vida.
- As RTs demonstraram consenso em relação à interdependência com os pacientes e familiares, sendo um dos principais *stakeholders* citados e lembrados durante o grupo focal, de forma direta ou indireta, com preocupação em relação à qualidade do atendimento prestado pelos funcionários. Evidenciam esse fato: “Na minha opinião, para o hospital funcionar ele precisa dos pacientes, que não são só fonte de trabalho, mas de renda” (P2); “se o paciente não é bem atendido, o familiar pode até tirar o paciente do hospital” (P5); “as pessoas mais atendidas hoje são os pacientes” (P5). Os funcionários e equipes apresentam alta interdependência, pois sem o trabalho de qualidade e dentro dos padrões éticos exigidos, não haveria a possibilidade de aumentar contratos e seguir prestando o tratamento que é referência no Estado de São Paulo. Os funcionários precisam de seus direitos e de qualidade no ambiente de trabalho, e capacitações contínuas para diminuir a rotatividade e melhorar a prestação de serviços.

No grupo focal, fica evidente a preocupação de todas as RTs com a qualidade do serviço prestado pelos funcionários e a satisfação dos funcionários com o ambiente de trabalho, consequência do papel que as RTs desempenham na instituição, de ponte entre equipes e direção. Comprovam-no as seguintes manifestações: “Na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria” (P3); “no setor de psicologia eu, Responsável Técnica, que defino, discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico, e depois de tudo isto eu ponho em prática” (P2); “só com o salário do Lacan não dá. Antes era difícil fechar a equipe de psicologia por causa do salário” (P2);

Também serve como índice o quanto o funcionário está ou não satisfeito com a instituição que trabalha, se tem muita rotatividade, por que você tem tanta rotatividade naquele setor? Dependendo do motivo da rotatividade, precisamos perceber o que precisa melhorar na instituição (P2).

Na entrevista em profundidade, a equipe de profissionais é reconhecida em seu papel de interdependência com o hospital:

[...] minha gestão compartilhada com outro diretor [...] e com uma equipe de profissionais muito qualificada, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, os leitos contratados foram quadruplicados, e o Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1).

- Os contratantes SES, SUS e outras instituições encaminhadoras possuem o poder como *stakeholders*, porque sem os contratos o hospital continuaria com prejuízos.

Evidenciam-no: “Eu deixei para falar do governo do Estado de São Paulo por último, porque este é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan” (P1); “e os órgãos que nos remuneram, como a Secretaria de Estado da Saúde e o SUS” (P2); “por exemplo, se surge uma necessidade da Secretaria de Saúde, precisamos atender” (P2); “o hospital tem um objetivo, por exemplo, de aumentar o contrato com a Secretaria para aumentar vagas para dependência química” (P2).

Foi consenso no grupo focal a exigência de se atender prioritariamente a esses encaminhadores; para todas as RTs não há dúvidas sobre a necessidade/objetivo de manter e aumentar os leitos.

- Juízes e promotores possuem o poder, pois os encaminhamentos judiciais e compulsórios representam importante frente para o hospital, e são determinados pelo juiz, exigindo-se do hospital cumprir a determinação.

Corroboram a afirmação: “Recentemente foi criada aqui no hospital uma unidade de adolescentes, quem solicitou essas vagas foi DRS I – internação judicial compulsória, eles tinham uma demanda grande e não tinham vagas” (P4);

O fato de termos grande número de pacientes internados por ordem judicial, eu priorizo acompanhar com a assistente social Geisa como está o andamento de cada um desses casos, e dando satisfação, sem perda de prazo, para juízes, em especial do Juizado da Infância e Adolescência, e promotores (P1).

[...] casos judiciais, que trabalhamos com pacientes judiciais, precisamos estar focados no que o juiz determina que seja feito com o paciente, em termos de tempo e prazo de internação. Temos a Promotoria, que rege os termos das internações involuntárias, e a gente presta obediência em informar sobre a entrada do paciente, da alta do paciente, nós temos um período de cumprimento desta determinação, para não sermos cobrados nem penalizados (P4).

Está presente na entrevista em profundidade e no grupo focal a importância dos encaminhamentos determinados por juízes e promotores, ficando clara a obrigatoriedade do cumprimento das determinações judiciais.

- A Vigilância Sanitária, o Ministério da Saúde (PNASH), conselhos de classe e os sindicatos possuem o poder, pois sem sua aprovação o hospital não receberia as certificações exigidas, podendo sofrer multas e consequências jurídicas pelo não cumprimento de normas essenciais.

Ratificam essa certeza: “Na minha área são milhares de contratos, na verdade regulação: contrato COREN, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, contratos de Normas de Rotinas e Procedimentos, e muitas outras” (P3); “a Vigilância Sanitária é o fiscalizador mais assíduo, com ênfase nos processos de dispensação de medicamentos da farmácia, que são muito regulados por serem de receituário de controle especial” (P1);

A Vigilância Sanitária nos fiscaliza com muito rigor, e felizmente durante estes anos da nossa gestão procuramos fazer o máximo possível de adaptações para atender a todas as normas. No momento não me lembro de mais nada que precise ser adaptado (P1).

[...] para o hospital poder funcionar precisamos estar de acordo com o Ministério da Saúde e passar pelo PNASH, e precisamos do alvará da Vigilância Sanitária, senão não podemos ter contrato com lugar nenhum; fora isto, no caso da psicologia, eu passo pela fiscalização do Conselho de Psicologia, então tem que estar de acordo com as normativas do conselho; e para cada instituição que tem contratos, são contratos administrativos que só podem ser concluídos se tiver passado por avaliação (P2).

É preocupação consensual, do diretor e das RTs, a obrigatoriedade do cumprimento de normas e regras dos conselhos, sindicatos e Vigilância Sanitária,

conscientes das perdas e consequências negativas se houvesse descumprimentos, como perda de contratos, punições legais e multas.

4.2.2 Aplicação do modelo da Avaliação de Desempenho por meio do Prisma de Desempenho

Nesta pesquisa de estudo de caso único, os dados obtidos na entrevista semiestruturada com o diretor, que relatou ter sua gestão mudado positivamente o histórico financeiro do hospital, fizeram supor que já nessa etapa havia informações que poderiam ser enquadradas em um modelo de avaliação de desempenho, apesar de não terem sido enfocadas especificidades correspondentes ao modelo, inferindo-se, logicamente, que se reconheceriam as limitações, respostas parciais para algumas perguntas. As inferências poderão ser observadas em cada seção a seguir, que correspondem aos lados do prisma de Neely et al. (2001); será feita uma comparação com o grupo focal sobre as informações que corresponderam às perguntas estruturadas do Modelo escolhido.

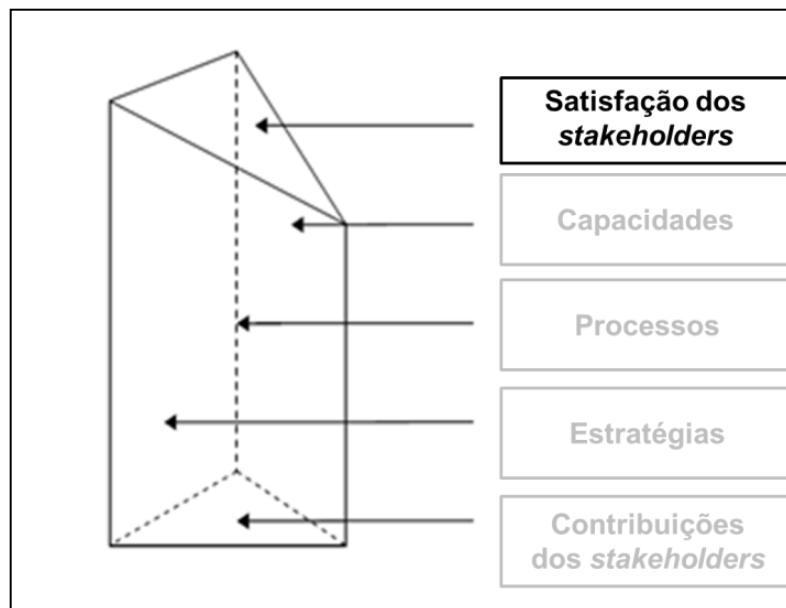
As informações iniciais da entrevista em profundidade foram coletadas como diretor e analisadas a fim dese chegar ao grupo focal com informações prévias para ajudar o processo reflexivo dos entrevistados.

Para facilitar as análises, foi colocada a figura do prisma com a área analisada em cada item (figuras 20, 24, 26, 28, 30); houve uma inferência a partir das falas do diretor: quais teriam sido suas respostas às cinco principais questões do modelo do prisma de Neely et al. (2001); são apresentados os resultados do grupo focal para cada aspecto do prisma abordado; e para a triangulação das informações como forma de verificar a veracidade dos dados, quando possível, uma comparação com o Jornal SINDHOSP.

4.2.2.1 Análise da Satisfação dos Stakeholders

Neste item foi analisada a categoria Satisfação dos *Stakeholders*, que corresponde a um dos lados do prisma do modelo de prisma de desempenho de Neely et al. (2001), ilustrado pela figura 20:

Figura 20 – Prisma – Satisfação dos *Stakeholders*



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado na figura do prisma de Neely et al. (2001, p.12)

Sobre as questões relacionadas à Satisfação dos *Stakeholders*, caso o diretor respondesse à seguinte questão diretamente, acredita-se que a resposta teria sido:

1 – Satisfação dos *Stakeholders*: quem são os nossos *stakeholders* e o que eles querem e precisam?

Eu cito em primeiro lugar os pacientes e familiares, porque mesmo tendo cargo de diretor eu nunca deixei de me preocupar com a qualidade do atendimento [...]. [...] o fato do Hospital Lacan pertencer ao Grupo Saúde Bandeirantes faz com que estejamos permanentemente dando satisfação do nosso trabalho para os executivos da matriz [...]. Também o João Luiz que ocupa cargo diretivo [...]. As equipes de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos [...]. [...] fazemos visitas pessoais frequentes para estas autoridades [juízes e promotores] para dar satisfação do que temos feito para os pacientes internados por ordem judicial [...]. A Vigilância Sanitária nos fiscaliza com muito rigor [...]. O Ministério da Saúde nestes anos que estou na gestão fez apenas duas visitas técnicas agendadas [...]. [...] apenas o Sindicato dos Enfermeiros faz algumas visitas pontuais [...]. [...] [o] Governo do Estado de São Paulo [...] é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan e [...] faz controle rigoroso dos encaminhamentos de pacientes e das altas, bem como reuniões periódicas para verificação da taxa de ocupação dos leitos contratados (P1).

A partir do que afirma o diretor, em que são citados os principais *stakeholders* do hospital em sua opinião, supondo-se que a pergunta tivesse sido feita de forma direta, a resposta seria: pacientes com familiares que querem tratamento de qualidade, funcionários que precisam de treinamento e direitos atendidos, executivos

da matriz solicitam soluções para resolver déficit, governo do Estado de São Paulo que tem necessidade de oferecer tratamento para portadores de dependência química, Vigilância Sanitária fiscaliza cumprimento de normas com legislações, Sindicato dos Enfermeiros que exige direitos, Ministério da Saúde que realiza avaliação periódica e autoridades, como juízes e promotores, que determinam internações via judicial por falta de vagas na rede de atendimento.

Quanto às informações coletadas no grupo focal sobre a Satisfação dos *Stakeholders*, durante as discussões as RTs concordavam mutuamente e apenas complementavam as opiniões, finalizando as questões desta perspectiva de Satisfação dos *Stakeholders* do prisma de Neely et al. (2001) com consensos.

Como já destacado no quadro 8, os principais *stakeholders* do Hospital Lacan para o grupo focal são pacientes, familiares, direção, funcionários, SES e SUS. Comprova-o o que afirma P2:

[...] para o hospital funcionar ele precisa dos pacientes [...]. E nós temos a organização, que vai desde direção até os funcionários que atendem os pacientes, da limpeza e os órgãos que nos remuneram, como a Secretaria de Estado da Saúde e o SUS (P2).

Nas discussões do grupo ratifica-se o importante papel das RTs como *stakeholders* do hospital, porém elas não citam a si mesmas de forma direta, quando questionadas sobre os principais *stakeholders* da instituição.

O grupo focal concordou que no que se refere às necessidades dos *stakeholders*, os pacientes e famílias reivindicam atendimento bom e humano, e demonstram sua satisfação pela adesão e elogios; as instituições encaminhadoras querem vagas e qualidade no atendimento, demonstrando satisfação pela ausência de críticas a aumento de vagas; os profissionais precisam de ambiente satisfatório de trabalho, de educação continuada e salário, revelando sua satisfação ao não fazer críticas, estando presentes (não faltando) e prestando serviço de qualidade.

Corroboram as necessidades e sinais de satisfação: “Os pacientes precisam ser bem recebidos, com atendimento humano, as famílias também. As instituições precisam de vagas e bom atendimento” (P5); “os profissionais precisam de ambiente satisfatório para trabalhar, de educação continuada [...], e remuneração de acordo com sua função” (P2); “[sabemos que estão sendo bem atendidos] quando o

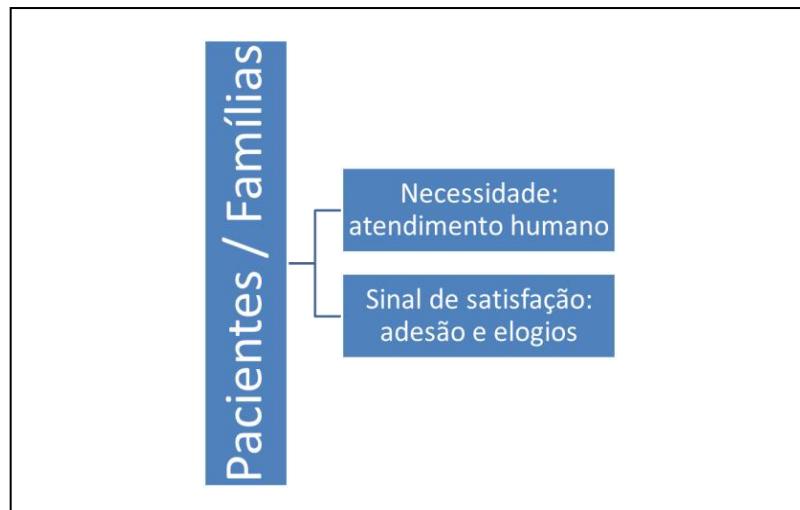
paciente adere ao projeto terapêutico" (P2); "os elogios diários que recebemos das famílias" (P5); "[profissionais] quando a pessoa fica menos queixosa, pelo baixo índice de absenteísmos, [...] pela qualidade do atendimento aos clientes" (P3); "as instituições pelo aumento do número de vagas" (P2); "[...] firmar mais contratos e pela ausência de crítica" (P4).

As análises das contribuições dos *stakeholders* para o hospital estão demonstradas na seção seguinte, correspondente à perspectiva Contribuição do Stakeholder do prisma de Neely et al. (2001); e como eles são contemplados na estratégia, processos e capacidades do Hospital Lacan demonstra a figura 33.

Em alguns pontos específicos, em que as RTs se expressavam particularizadamente sobre seu setor, ao serem analisados de forma geral e macro, constata-se harmonia no que diziam. Por exemplo: quando P3 fala que os principais *stakeholders* são os enfermeiros e P5 que são as recepcionistas, consideram as equipes os principais *stakeholders*, inferindo-se consensualmente em relação à importância das equipes para o hospital.

Nas figuras 21, 22 e 23 há a análise quanto às exigências e sinais de satisfação de cada classe de *stakeholders*, de acordo com o consenso das RTs.

Figura 21 – Síntese da Análise quanto aos *stakeholders* Pacientes e Familiares



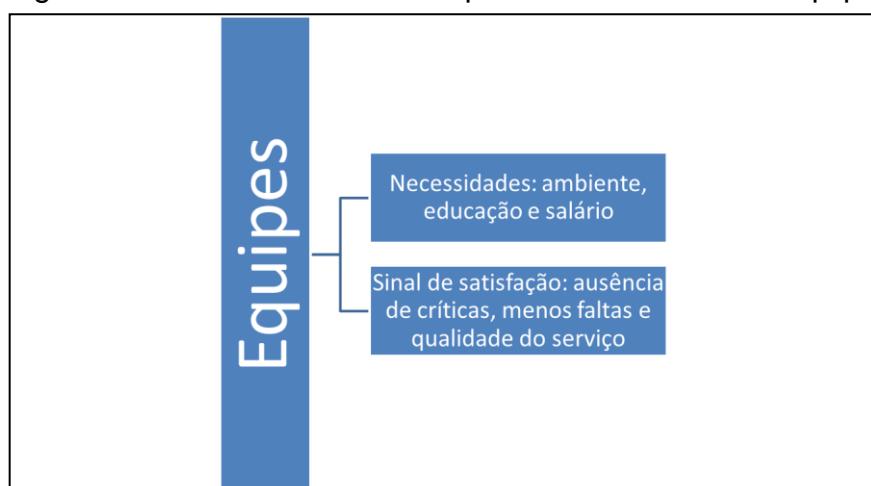
Fonte: Elaborada pelo autor

Identificaram-se ainda, no que disse o diretor, a importância desse *stakeholder* e o indicador de satisfação:

Eu cito em primeiro lugar os pacientes e familiares, porque mesmo tendo cargo de diretor eu nunca deixei de me preocupar com a qualidade do atendimento para a melhor assistência possível dos pacientes e familiares. Fico feliz de ter infinitamente mais elogios registrados do que reclamações (P1).

Comparando-se o que afirmou o diretor às declarações que representam o consenso do grupo focal quanto aos *stakeholders* pacientes e familiares (“para o hospital funcionar ele precisa dos pacientes” (P2); “os pacientes precisam ser bem recebidos com atendimento humano, as famílias também” (P5); “sabemos que estão sendo bem atendidos quando o paciente adere ao projeto terapêutico” (P2); “os elogios diários que recebemos das famílias” (P5)), observa-se que são reconhecidos como os *stakeholders* primários; sem eles o hospital não existiria. Além disso, há a preocupação das RTs e do diretor quanto à qualidade do tratamento, percebendo a satisfação pelos elogios recebidos.

Figura 22 – Síntese da Análise quanto ao *stakeholder* Equipe



Fonte: Elaborada pelo autor

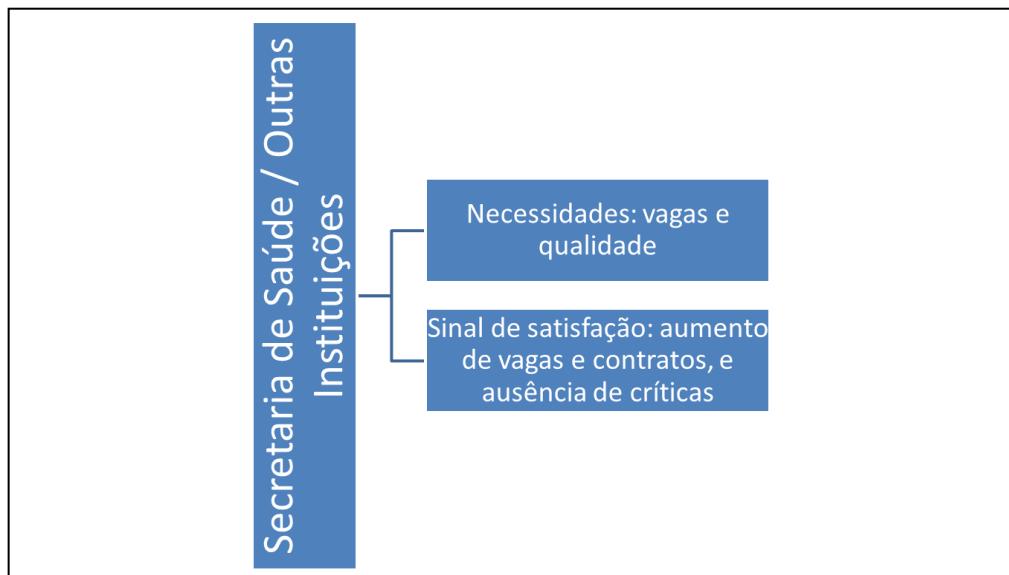
Na entrevista em profundidade, a relevância do *stakeholder* é confirmada:

As equipes de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, com os quais relaciono muito bem, porque somos rigorosos na seleção para minimizar desgastes depois da contratação. Além disso, faço questão de fazer reunião periódica com esses profissionais para supervisioná-los sobre questões clínicas e legais, já que nossa especialidade médica tem grande intersecção com questões jurídicas (P1).

A partir da comparação do que ressaltou o diretor ao consenso do grupo focal quanto à importância das equipes e funcionários, representados pelas afirmações

destacadas no quadro 10 (“e nós temos a organização, que vai desde direção até os funcionários que atendem os pacientes, da limpeza” (P2); “os profissionais precisam de ambiente satisfatório para trabalhar e de educação continuada” (P2); “sabemos que estão sendo bem atendidos os profissionais pela qualidade do atendimento aos clientes” (P3)), percebe-se que há grande preocupação quanto à educação dos profissionais para o bom atendimento, na contratação e em supervisões e treinamentos posteriores. A preocupação quanto à educação do profissional também é destaque na perspectiva Capacidades do prisma, sempre relacionada à qualidade da prestação do serviço ao cliente paciente.

Figura 23 – Síntese da Análise quanto aos *Stakeholders* Secretaria de Saúde e outras instituições contratantes



Fonte: Elaborada pelo autor

Em relação à satisfação do *stakeholder* governo do Estado/SES, o que diz o diretor está em consonância com o grupo focal:

[...] minha gestão compartilhada com outro diretor, que é o grande companheiro João Luiz, e com uma equipe de profissionais muito qualificado, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, e os leitos contratados foram quadruplicados, e o Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1).

Eu deixei para falar do governo do Estado de São Paulo por último, porque este é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan, e de forma muito justa, como responsáveis pelos gastos públicos, faz controle rigoroso dos encaminhamentos de pacientes e das altas, bem como reuniões periódicas para verificação da taxa de ocupação dos leitos contratados (P1).

Se se comparar a afirmação do diretor ao que foi consenso no grupo focal entre as RTs, representado pelo que disserame que está em destaque no quadro 10 (“e nós temos [...] os órgãos que nos remuneram, como a Secretaria de Estado da Saúde e o SUS” (P2); “as instituições precisam de vagas e bom atendimento” (P5); sabemos que estão sendo bem atendidos “as instituições pelo aumento do número de vagas (P2)”; “[...] firmar mais contratos e pela ausência de crítica” (P4)), verifica-se que o governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, representa o principal financiador das vagas do hospital, o que recebeu destaque em relação ao diretor e em toda a discussão do grupo focal. Percebe-se que a satisfação *dos stakeholder* está relacionada à manutenção e ampliação dos leitos contratados. Constatata-se na análise do grupo focal e entrevista em profundidade que *o stakeholder* espera bons projetos, qualidade no atendimento, certificação de instituições reguladoras como Vigilância Sanitária, ocupação regular dos leitos contratados, o que é avaliado e fiscalizado regularmente. Por estar presente no hospital possibilitou o contrato de leitos, a manutenção dos leitos e o aumento de contratos.

O quadro 10 representa o consenso da entrevista em profundidade e grupo focal em relação à Satisfação dos *Stakeholders*:

Quadro 10 – Consenso da Satisfação dos *Stakeholders*

Stakeholders Primários	Necessidades/Demandas
Direção	Lucratividade do hospital
Responsáveis Técnicas de cada setor	Trabalho ético, de qualidade e bem-estar da equipe
Pacientes/Familiares dos pacientes	Tratamento de qualidade
Funcionários/Equipe Multiprofissional/Equipes de cada setor	Direitos trabalhistas, ambiente de trabalho de qualidade, treinamento
Secretaria de Saúde do Estado / SUS / Instituições encaminhadoras	Vagas adequadas
Juízes e promotores	Vagas adequadas
Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde (PNASH)	Cumprimento de normas segundo legislação
Conselhos de classe e sindicato	Direitos e deveres dos trabalhadores

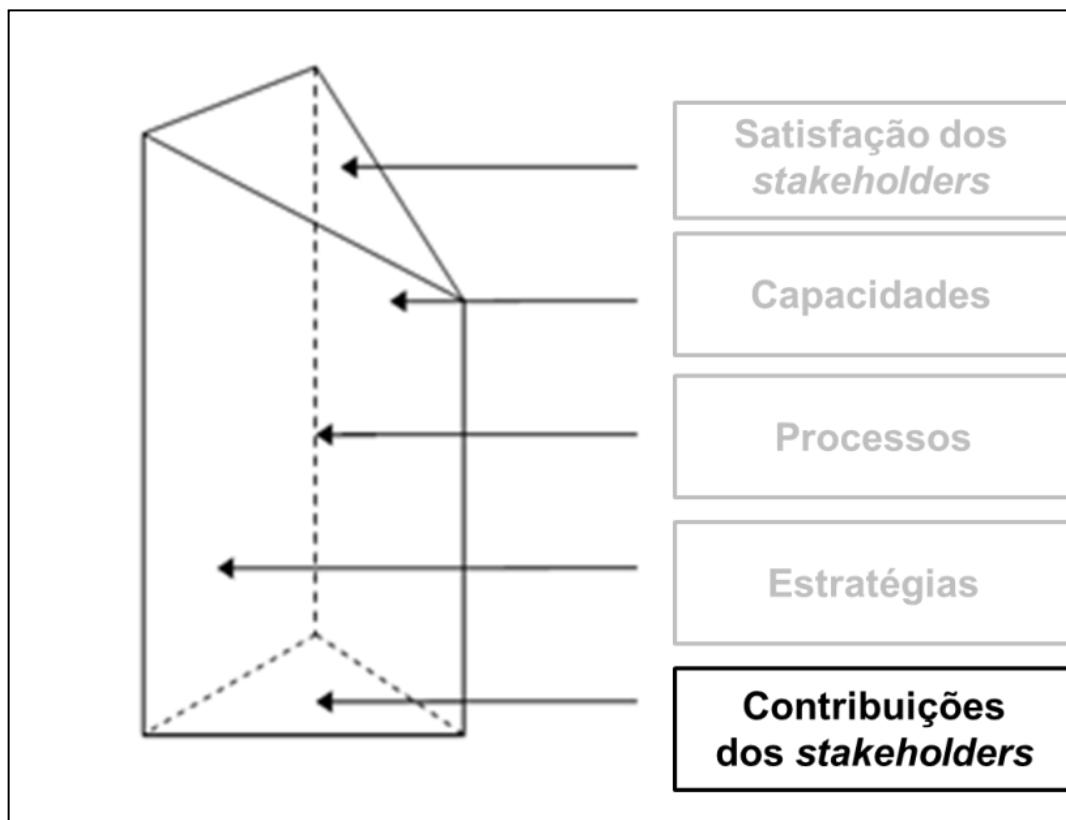
Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo o Jornal SINDHOSP, e aqui se faz uma triangulação das informações, “o que mais aflige os municípios brasileiros é a ascensão do crack e de outras drogas, que demandam internação para tratamento”. As demandas de internação para usuário de drogas são as que mais geram vagas no Hospital Lacan, o que exige a constante adequação para atender seus *stakeholders* primários: pacientes usuários de drogas, familiares dos usuários, governo do Estado, que contratou vagas específicas para esse público, equipes capacitadas para tratamento do perfil do paciente, juízes e promotores que solicitam internações para os usuários. Constatase coerência das informações entre entrevista em profundidade (diretor) – grupo focal (RTs) – Jornal SINDHOSP.

4.2.2.2 Análise das Contribuições dos *Stakeholders*

Neste item foi analisada a categoria Contribuições dos *Stakeholders*, que corresponde a um dos lados do prisma do modelo de prisma de desempenho de Neely et al. (2001), ilustrado pela figura 24:

Figura 24 – Prisma – Contribuições dos *Stakeholders*



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado na figura do prisma de Neely et al. (2001, p.12)

Em relação à Contribuição dos *Stakeholders*, caso o diretor houvesse respondido à questão, infere-se que teria sido sua resposta:

2 – Contribuição dos *Stakeholders*: o que nós queremos e precisamos de nossos *stakeholders*?

A partir do que afirmou o diretor e está no item anterior, é possível entender que dos pacientes com familiares haja aprovação e reconhecimento à qualidade do serviço prestado, funcionários com execução das tarefas de forma adequada, executivos que apoiam reforma para ofertar ao mercado, governo do Estado de São Paulo para contratar os leitos e remunerar a contratação, Vigilância Sanitária que orienta necessidades e previne multas, Sindicato dos Enfermeiros que perceba o que é feito pelos funcionários, Ministério da Saúde que aprove o funcionamento ou oriente ajustes, e autoridades como juízes e promotores, que reconheçam a excelência do atendimento.

Quanto às discussões do grupo focal em relação às Contribuições dos *Stakeholders*, as RTs seguiram o raciocínio de registrar o que desejavam dos *stakeholder*sem termos de todo o hospital e para cada setor, as afirmações se complementando, concluindo como se fosse uma única grande resposta. O consenso revelou que o hospital necessita de profissionais comprometidos, que demonstrem amor pelo trabalho, visão holística e empatia diante do paciente; que os pacientes tenham adesão ao tratamento, e consequentemente sejam bem-sucedidos no tratamento; e que as instituições reconheçam a qualidade do serviço prestado, aumentando vagas e a divulgação do Hospital Lacan. As afirmações que o evidenciam foram estas: “O que eu quero deles [equipe enfermagem] é que tenham comprometimento, responsabilidade, amor pelo que fazem e uma visão holística, que [...] que entendam o paciente” (P3); “espera dos pacientes é que eles consigam aderir ao tratamento e seguir em tratamento ambulatorial, e sem reinternação” (P2); “quanto às instituições, seria o reconhecimento do nosso trabalho, para aumentar vagas e ensinar outros sobre o trabalho realizado aqui, e não só elogio” (P2).

A comparação com a seção anterior da perspectiva de Satisfação dos *Stakeholders* mostra que há coerência entre o que esses *stakeholders* desejam do hospital e, reciprocamente, o que o hospital deles deseja, o que será mais detidamente analisado no quadro 11.

Comparando-se ainda as inferências sobre as afirmações do diretor, constata-se que há concordâncias, como satisfação do paciente e familiares, bom trabalho das equipes e aumento de contratos com o governo do Estado.

Demonstrando mudança na compreensão do que o hospital espera e recebe de seus *stakeholders*, ao discutir as exigências normativas do hospital, as RTs enfatizam outros *stakeholders* que não pacientes, funcionários e contratantes, mas *stakeholders* reguladores (como se analisa no quadro 9): certificação e licenças do PNASH, Vigilância Sanitária, conselhos de classe e Vigilância Epidemiológica. Assim elas se expressaram: “Precisamos estar de acordo com o Ministério da Saúde e passar pelo PNASH, e precisamos do alvará da Vigilância Sanitária” (P2); “no caso da psicologia, eu passo pela fiscalização do Conselho de Psicologia” (P2); “na minha área [enfermagem] são milhares de contratos [...]: contrato COREN, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, contratos de Normas de Rotinas e Procedimentos, e muitas outras” (P3); “no meu setor (recepção) não tem muitas normas, [...] tomamos as condutas entre a gente, e atendemos [...] normas de vagas e leitos, e de censo hospitalar” (P5);

[...] para o serviço social trabalhar focado no contrato que é firmado entre hospital e instituições contratantes [...]. Em casos judiciais, precisamos estar focados no que o juiz determina que seja feito com o paciente. [...] Temos a Promotoria, que rege os termos das internações involuntárias [...]. Temos que cumprir com as regulamentações do PNASH, do CRAS do município; do CRESS [...] nosso projeto terapêutico(P4).

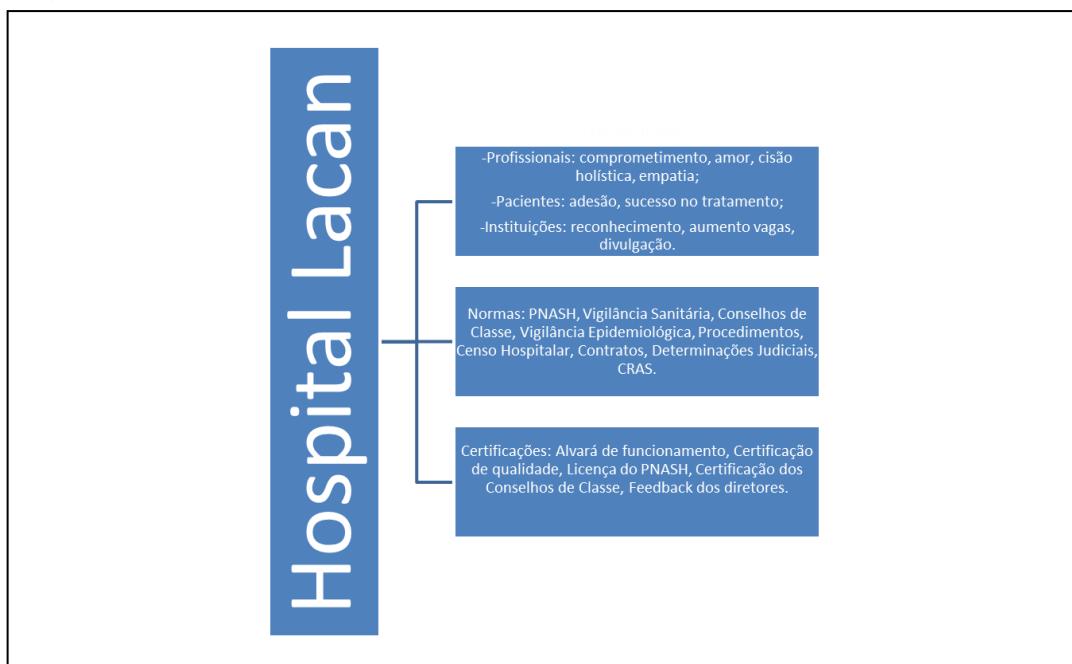
Quanto ao que recebem dos *stakeholders*, as RTs destacaram principalmente alvarás, licenças e certificações, ou seja, documentos formais, o que foi abordado indiretamente pelo diretor: “Para o hospital poder funcionar [...] precisamos do alvará da Vigilância Sanitária, senão não podemos ter contrato com lugar nenhum” (P2); “o hospital está em dia de acordo com o PNASH” (P2); “recebemos duas fiscalizações [do Conselho de Psicologia], em que foi realizado um roteiro que foi verificado que estava ok” (P2); “da enfermagem tem o COREN, a preocupação do COREN é em relação ao pessoal, querem que cumpra com as horas, e número de pacientes por profissional” (P3); “o Ministério da Saúde nestes anos que estou na gestão fez apenas duas visitas técnicas agendadas, e não teve grandes problemas detectados, e logo depois que passaram as orientações também buscamos resolver com celeridade” (P1);

A Vigilância Sanitária nos fiscaliza com muito rigor, e felizmente, durante estes anos da nossa gestão, procuramos fazer o máximo possível de adaptações para atender a todas as normas. No momento não me lembro de mais nada que precise ser adaptado (P1).

Esta nossa localização em São Bernardo do Campo, que é berço do sindicalismo, me fazia ter preocupação com o grau de interferência que estas instituições poderiam fazer, mas apenas o Sindicato dos Enfermeiros faz algumas visitas pontuais, e outros sindicatos nem me recordo de ter vindo nos visitar (P1).

Na figura 25 é possível observar uma síntese do que foi apresentado sobre o que deseja o Hospital Lacan, necessidades normativas e o que recebem, correspondendo ao analisado na perspectiva Contribuições dos *Stakeholders* do prisma de Neely et al. (2001):

Figura 25 – Síntese da Análise quanto às necessidades do Hospital Lacan



Fonte: Elaborada pelo autor

Em relação à análise das Contribuições dos *Stakeholders*, segue o quadro 11, do consenso entre os participantes, que representa complementação ao quadro 10, que apresentou a Satisfação dos *Stakeholders*. Neste quadro, portanto, observam-se as necessidades e demandas dos *stakeholders* primários e as contribuições destes para o hospital. Os quadros 10 e 11 foram construídos a partir de uma análise global da entrevista em profundidade e do grupo focal, representando uma visão do Hospital Lacan, e não a visão particular do diretor ou das RTs.

Quadro 11 – Consenso das Contribuições dos *Stakeholders*

Stakeholders Primários	Necessidades/Demandas	Contribuições
Direção	Lucratividade do hospital	Investimentos, boa gestão
Responsáveis Técnicas de cada setor	Trabalho ético, de qualidade e bem-estar da equipe	Não haver intercorrências, boa gestão das equipes
Pacientes/Familiares dos pacientes	Tratamento de qualidade	Adesão e sucesso no tratamento
Funcionários/Equipe multiprofissional/Equipes de cada setor	Direitos trabalhistas, ambiente de trabalho de qualidade, treinamento	Reconhecimento de outros <i>stakeholders</i> da qualidade do tratamento
Secretaria de Saúde do Estado /SUS/Instituições encaminhadoras	Vagas adequadas	Aumento de vagas
Juízes e promotores	Vagas adequadas	Aumento de internações
Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde (PNASH)	Cumprimento de normas segundo legislação	Certificação
Conselhos de classe e sindicato	Direitos e deveres dos trabalhadores	Certificação

Fonte: Elaborado pelo autor

O quadro 11 apresenta o que os *stakeholders* desejam e o que o hospital quer de seus *stakeholders*; além disso, no quadro está registrado o que o hospital dá ou atende aos *stakeholders*, e o que os *stakeholders* oferecem ou contribuem com o hospital. A apresentação dos dados permite uma análise mais organizada sobre o que hospital e cada *stakeholder* desejam e oferecem reciprocamente.

A direção deseja e fica satisfeita com a lucratividade do hospital. O Hospital Lacan igualmente deseja a sua lucratividade, e para tanto precisa do apoio da direção para reformas e ofertar serviços ao mercado. A direção contribui investindo nos projetos e desenvolvendo uma boa gestão. Compreende-se que esse *stakeholder* e o hospital trabalham em harmonia, atendendo às necessidades e contribuindo mutuamente.

As RTs querem o trabalho ético, de qualidade, e o bem-estar das equipes; o hospital não pode prescindir da garantia de qualidade do serviço prestado pelas equipes. O hospital oferece uma estrutura que possibilita à equipe trabalhar sem reclamações, cumprindo adequadamente as tarefas, enquanto as RTs garantem que não aconteçam intercorrências, por meio da boa gestão das equipes. Pela responsabilidade de as RTs serem ligadas às equipes, o que elas querem e o que elas recebem e contribuem está relacionado à satisfação do *stakeholder* equipe. Quando o *stakeholder* equipe não está satisfeito, há desequilíbrio; em consequência, RTs e o hospital não ficam satisfeitos.

Os Pacientes e os Familiares esperam um tratamento de qualidade e demonstram sua satisfação por meio da adesão e elogios, e assim contribuem para a necessidade do hospital de reconhecimento e aprovação. Verifica-se a harmonia entre o que os *stakeholders* querem e oferecem ao hospital, e o que o hospital quer e oferece a os *stakeholders*.

Funcionários, Equipe Multiprofissional e Equipes de cada setor, ou seja, os profissionais que trabalham no Hospital Lacan, querem seus direitos trabalhistas garantidos e educação continuada; o Hospital Lacan precisa que executem adequadamente as atividades, com qualidade, comprometimento e envolvimento. Quando os funcionários cumprem o que o hospital deseja, ele recebe o reconhecimento dos pacientes, familiares, Secretaria Estadual de Saúde e juízes quanto à qualidade do serviço prestado. O hospital, por sua vez, procura garantir a estrutura para que as queixas dos profissionais diminuam, como permitir horários diferentes de trabalho e início do treinamento continuado da enfermagem. Contudo, ainda é evidente como esses *stakeholders* não são contemplados em todas as demandas: salários mais adequados (a maioria dos psicólogos tem dois trabalhos para complemento financeiro), e treinamento (apenas a enfermagem recebeu essa atenção).

A Secretaria de Saúde do Estado, SUS, juízes e promotores, ou seja, instituições encaminhadoras ou contratantes, reclamam vagas adequadas para pessoas que não podem prescindir de tratamento para dependência química, e o Hospital Lacan propugna o aumento de contratos de leitos e o reconhecimento dessas instituições. Quando as instituições encaminhadoras estão satisfeitas com o Hospital Lacan, elas aumentam as vagas contratadas e encaminhamentos de pacientes, e assim contribuem com a necessidade do hospital. Esses *stakeholders* e o Hospital Lacan se satisfazem mutuamente nas demandas específicas.

A Vigilância Sanitária e o Ministério da Saúde (PNASH) desejam que o Hospital Lacan cumpra as normas segundo a legislação vigente, e o Hospital Lacan solicita as orientações do que precisa ser feito. A Vigilância Sanitária e o Ministério da Saúde (PNASH) oferecem as orientações na fiscalização, e demonstram satisfação ao declarar não haver pendências, assinando a certificação; assim

contribuem com o hospital. Hospital e *stakeholder* estão satisfeitos em suas demandas.

Os conselhos de classe e sindicatos exigem que os direitos e deveres dos funcionários e pacientes sejam cumpridos, e o hospital pede que compreendam que isso está sendo atendido e respeitado. Ambos estão satisfeitos quando não há pendências e o hospital recebe a certificação.

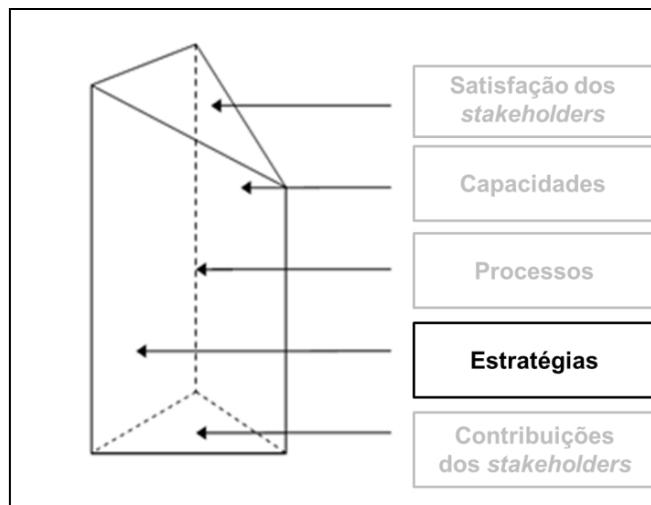
Segundo a matéria “Saúde Mental em xeque”, do Jornal do SINDHOSP (2013), mais de 50% dos leitos em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo se encontra em instituições privadas. O Hospital Lacan faz parte desse número, porém com o diferencial de ser bem remunerado, pois em geral o valor da diária de um leito nesse tipo de hospital é, segundo o jornal, “aviltante” (SINDHOSP, 2013, p.8). A inovação de ter conseguido se inserir em programas específicos por meio do governo do Estado/Secretaria de Saúde possibilitou, segundo o diretor, remuneração diferenciada, representando grande contribuição desse *stakeholder*. Ao serem comparados os dados do Jornal SINDHOSP à afirmação do diretor, percebe-se uma contradição entre a realidade dos hospitais psiquiátricos privados e a do Hospital Lacan, em termos financeiros e de lucratividade.

Mendes (2013, p.10), em matéria para o jornal SINDHOSP, cita que “os hospitais fazem parte da atenção terciária da rede de atenção integral em saúde mental, mas não são reconhecidos como equipamento integrante da mesma, por parte do Ministério da Saúde”, o que não é mais a situação do Hospital Lacan, pois, por seus contratos, faz parte da rede formal de cuidados ao dependente químico, o que se evidencia na entrevista em profundidade e no grupo focal. Na triangulação das informações da entrevista em profundidade (diretor) – grupo focal (RTs) – Jornal SINDHOSP, nota-se discrepância entre o que acontece a outros hospitais psiquiátricos e o que ocorre com o Hospital Lacan, no atual cenário da política de saúde mental. O *stakeholder* governo do Estado colabora com o hospital nesse aspecto, o que foi possível graças às contribuições dos *stakeholders* direção (planejou e executou a estratégia de acordo com a Escola Cognitiva, aumentando os contratos), RTs e equipes (desenvolveram projetos terapêuticos e um bom trabalho, reconhecido pelos contratantes), e pacientes e familiares (pleitearam as vagas e apresentam adesão e sucesso no tratamento).

4.2.2.3 Análise das Estratégias

Neste item foi analisada a categoria Estratégias, que corresponde a um dos lados do prisma do modelo de prisma de desempenho de Neely et al. (2001), ilustrado pela figura 26:

Figura 26 – Prisma – Estratégias



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado na figura do prisma de Neely et al. (2001, p.12)

Quanto ao lado Estratégias do prisma, destaca-se a seguinte resposta do diretor:

3 – Estratégias: quais estratégias devemos colocar em prática para satisfazer nossas necessidades e a dos *stakeholders*?

Eu, por conhecer as necessidades da saúde mental, disse que precisávamos reformar uma das alas do Hospital Lacan e ofertar ao mercado de internação particular, de planos de saúde ou outros contratantes governamentais. Os executivos aceitaram minha sugestão e fizemos a reforma com investimento importante, e na expectativa de obter lucros depois.

Em 2009, já com a reforma pronta, e com disponibilidade de ofertar para o mercado, soube que o governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde, havia planejado contratação de leitos de internação para portadores de dependência química, e novamente participei ativamente das negociações para efetivar esse novo contrato com o Governo. [...]

[...] minha gestão compartilhada com outro diretor, que é o grande companheiro João Luiz, e com uma equipe de profissionais muito qualificado, teve o reconhecimento do contratante governo do Estado de São Paulo, os leitos contratados foram quadruplicados, e o Hospital Lacan passou a trabalhar no azul financeiro há quase dois anos (P1).

Pelo que afirmou, supõe-se que planejou a reforma de uma ala para colocá-la à disposição do mercado, cobrando valor maior pela prestação de serviço em relação ao outro contrato com o SUS; planejar as condutas e buscar os relacionamentos com pessoas que contribuíssem com a efetivação dos contratos.

O Hospital Lacan segue formalmente a mesma estratégia (missão, visão e valores) do Grupo Saúde Bandeirantes, mostrada no site, quadros nos hospitais do grupo e em um impresso quando da contratação dos funcionários. O quadro contendo essas informações está no anexo E.

A estratégia formal do Grupo Saúde Bandeirantes (anexo E), que a princípio deveria ser seguida pelo Hospital Lacan, é a seguinte:

- Missão: administrar hospitais em todos os segmentos sociais com qualidade e resolutividade, por meio de gestão autossustentável.
- Visão: ser uma rede de hospitais reconhecida pela qualidade integral na prática da medicina.
- Valores:
 - Segurança no ambiente hospitalar
 - Inovação
 - Respeito socioambiental
 - Perseverança
 - Transparência
 - Lucratividade para o crescimento

A análise da estratégia (missão, visão e valores), divulgada formalmente pelo Hospital Lacan e Grupo Saúde Bandeirantes, encontra-se após as análises do grupo focal, entrevista em profundidade e análise do Jornal SINDHOSP, quanto às estratégias a seguir.

Segundo o grupo focal em relação às Estratégias, o hospital tem um objetivo maior, que é atender os contratantes (em geral o *stakeholder* SES), para

manutenção e ampliação de vagas; existem objetivos de curto prazo e variáveis. Os objetivos menores são definidos de acordo com necessidades, e repassados às RTs e equipes pela direção. Os objetivos mudam de acordo com o perfil de pacientes, como no caso dos pacientes adolescentes ou compulsórios (internados por determinação judicial). Como os objetivos se alteram, ocorrem reuniões diárias, semanais ou mensais, para o repasse dos objetivos e planejamento do seu cumprimento. As RTs o revelam quando afirmam: “De acordo com as necessidades, é no dia a dia mesmo, e com reuniões com RTs mensais, e fazemos reuniões informais pelo excesso de trabalho” (P5); “no setor de psicologia, [...] alinhamos todo mês” (P2);

[...] está mudando o perfil do nosso cliente, e precisamos todos os dias realinhar os objetivos, readequar os funcionários; então, este objetivo tem que ser de curto prazo, revisto periodicamente; o serviço social tem reunião de acordo com necessidades, semanalmente, até diariamente (P4).

De acordo com o consenso obtido no grupo focal, os objetivos do hospital são estabelecidos “de cima para baixo”, mas RTs fazem transição para as equipes, o que já estava evidente nas análises da direção, RTs e funcionários quanto à tipologia, segundo a Teoria *Stakeholder Salience* em relação ao hospital, representada no quadro 9: direção como expectante e dominante, RTs como expectantes e dependentes, e funcionários como latentes e discricionários. Ou seja, a participação das RTs e dos funcionários é essencial ao cumprimento dos objetivos do hospital, ainda que não os definam. Corroboram-nos seguintes afirmações: “Todas respondem que é de cima para baixo” (Moderador); “sempre tem os objetivos do hospital, sempre de qualquer forma precisamos atender aos objetivos maiores da direção. De alguma forma precisa fazer a transição para os objetivos do setor, da equipe técnica” (P2); “os objetivos maiores visam ao longo prazo sim” (P3).

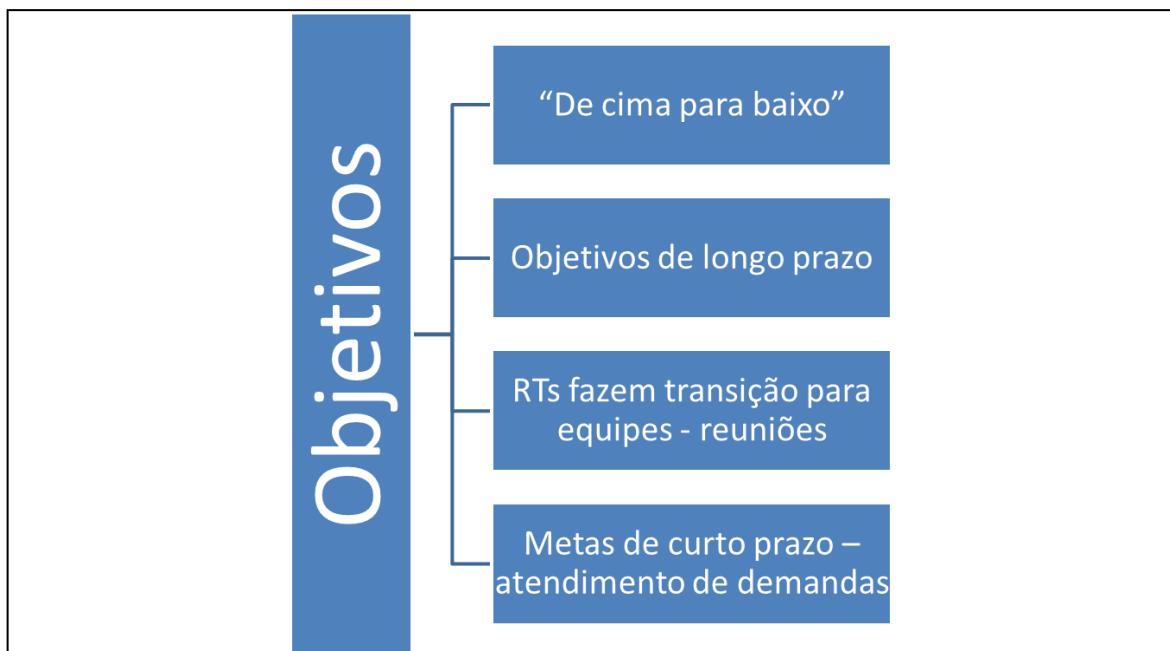
Para o grupo focal, os *stakeholders* mais atendidos são os contratantes juízes e promotores (DRS I) e SES (Cratod); pacientes e familiares; e equipe. Há coerência com o quadro 11, o qual revela que esses *stakeholders* estão realmente contribuindo com o Hospital Lacan. O controle do cumprimento dos objetivos cotidianos do Hospital Lacan, segundo o grupo focal, se dá pelo controle de ocupação de vagas, controle de faltas, integração e treinamento de funcionários para o atendimento de qualidade ao paciente. São estas as afirmações do grupo

focal que o evidenciam: “As pessoas mais atendidas hoje são os pacientes, familiares, e as instituições são o DRS I, Cratod e SES em geral” (P5); “todos os enfermeiros recebem atendimento” (P3); “os indicadores que usamos é controle de ocupação para vagas” (P4); “dentro do meu setor (recepção) através da pesquisa que tem anualmente de controle de faltas” (P5); “na enfermagem existem muitas formas de controle, através das faltas justificadas e injustificadas; controle de integração, de experiência dos contratados, e controle de treinamentos, para avaliar o que deve ser melhorado” (P3).

Ao se comparar o grupo focal à entrevista em profundidade, verifica-se que coerentemente a estratégia do Hospital Lacan está principalmente voltada ao *stakeholder* governo do Estado/Secretaria de Saúde. O diretor destaca como todo o seu planejamento estratégico ocorreu a fim de conseguir o contrato com esse *stakeholder*. As RTs demonstraram como é real e evidente que o objetivo maior do hospital é atender o governo do Estado, gerando demandas cotidianas e revisões dos objetivos de curto prazo (relacionados às equipes, paciente, projetos), para cumprir o objetivo de longo prazo de manutenção e ampliação do contrato com o *stakeholder*. Criticamente se analisa que os *stakeholders* RTs, equipes e pacientes poderiam ter estratégias destinadas especificamente a eles próprios, pois são *stakeholders* primários e essenciais à instituição. Infere-se ainda que esses *stakeholders* poderiam ser atendidos pela estratégia do Hospital Lacan diante do governo do Estado, pois se inseridos nos objetivos de longo prazo do hospital garantiriam com maior consistência a ampliação dos contratos com o governo. Não há dúvida de que paciente aderido, funcionário treinado, RTs com menos mudanças nos planos do dia, ou seja, satisfeitos, significam maior qualidade do serviço prestado. Adicionalmente, constata-se que os *stakeholders* juízes e promotores, SUS, RTs, diretores, Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde (PNASH), conselhos de classe e sindicatos são atendidos no dia a dia da instituição, ainda que não inseridos nas estratégias do Hospital Lacan relatadas pelo grupo focal e pelo diretor. Na estratégia formal colocada pela missão, visão e valores da organização, é possível afirmar que esses *stakeholders* contribuem para a qualidade, resolutividade (missão) e reconhecimento (visão) do hospital.

A seguir uma síntese na análise do grupo (figura 27):

Figura 27 – Síntese da Análise quanto aos Objetivos do hospital



Fonte: Elaborada pelo autor

Quanto aos objetivos do hospital serem definidos pela direção, confirma-se o que o grupo focal apresentou a partir da afirmação do diretor:

[...] de maneira organizada [...] anotava o desejo ou problema. Depois listava possíveis meios de resolver aquela necessidade [...], e logo em seguida tanto pessoalmente ou através de meus competentes colegas de trabalho, e tendo a credibilidade dos excelentes executivos do Grupo Saúde Bandeirantes, eu colocava tudo aquilo em prática e com prazos para atingir ou para rever os meios de atingir o que havia planejado (P1).

De acordo com Mendes, para o Jornal do SINDHOSP (2013, p.10):

Nesse panorama, o hospital psiquiátrico precisa necessariamente rever sua missão, seus princípios e valores, pois a continuar atuando da mesma forma como vem fazendo há anos, está fadado a encerrar as atividades num prazo não muito longo. A sustentabilidade do setor será garantida ao se abrir um leque de outras atividades, bem como na busca de novos clientes que estejam dispostos a pagar por isto. As representações dos hospitais vêm tentando sensibilizar os dirigentes hospitalares a pensarem sistematicamente em como se adaptar aos novos tempos.

A transformação dos hospitais deve fazer parte do planejamento estratégico das organizações. Há luz no horizonte, precisamos estar sensíveis para as oportunidades que estão ao nosso redor. A evolução deve constar do nosso cotidiano, sempre no sentido de buscar soluções que só serão alcançadas com esforço e perseverança.

Na triagulação dos dados da entrevista em profundidade – grupo focal – Jornal SINDHOSP, a postura do hospital está de acordo com a perspectiva de inovação de missão, princípios e valores, atividades e parcerias citados pelo Jornal SINDHOSP. A atuação do diretor é marcante, se analisada a partir da Escola de Estratégia Cognitiva, e essencial ao processo de adaptação do hospital para adequar-se às novas demandas do mercado. No grupo focal fica clara a consciência das RTs do objetivo de ampliar vagas buscando mais parcerias. Para tanto, a inovação está presente cotidianamente na instituição.

A obediência à estratégia formal do Grupo Saúde Bandeirantes, colocada para o Hospital Lacan, ocorre em parte. Exatamente por não atendê-la inteiramente foi possível a lucratividade do hospital. Percebe-se, a partir da entrevista em profundidade e grupo focal, que a estratégia não é específica para o Hospital Lacan, mas pensada no Grupo Saúde Bandeirantes, não havendo coerência entre estratégia formal e a fala dos participantes referente à estratégia, processos e capacidades. Há ainda a possibilidade da missão, visão e valores serem aplicados como retórica ao Hospital Lacan, para serem vistos pelos colaboradores e parceiros. A não adequação do Hospital Lacan aos direcionamentos estratégicos foi positiva, pois levou à lucratividade.

A partir dos dados coletados, constata-se que o Hospital Lacan precisou desenvolver uma estratégia própria, local, para atingir os objetivos de inicialmente sair do vermelho e posteriormente crescer e aumentar a lucratividade. Ainda assim, pelo que disseram o diretor e o grupo focal, deduz-se que há o conhecimento da missão, valores e visão da organização, pois a análise da entrevista completa e do grupo focal demonstra grande preocupação com a qualidade do serviço, resolutividade, inovação, perseverança, transparência, segurança no ambiente hospitalar e lucratividade. Possivelmente são aspectos já estabelecidos dentro do Hospital Lacan. Apesar de cumprir a parte inicial da missão, que é a administração de hospitais com qualidade e resolutividade, a missão da organização envolve uma gestão autossustentável; entretanto, tudo ocorre de acordo com os dados obtidos, para cumprir a estratégia de ampliar os contratos com o *stakeholder* Secretaria Estadual de Saúde, o grande financiador dos leitos. O diretor e o grupo focal afirmam, sem deixar margem a dúvidas, que há a consciência de se satisfazer o *stakeholder* Secretaria Estadual de Saúde, cujas demandas sempre são prioritárias

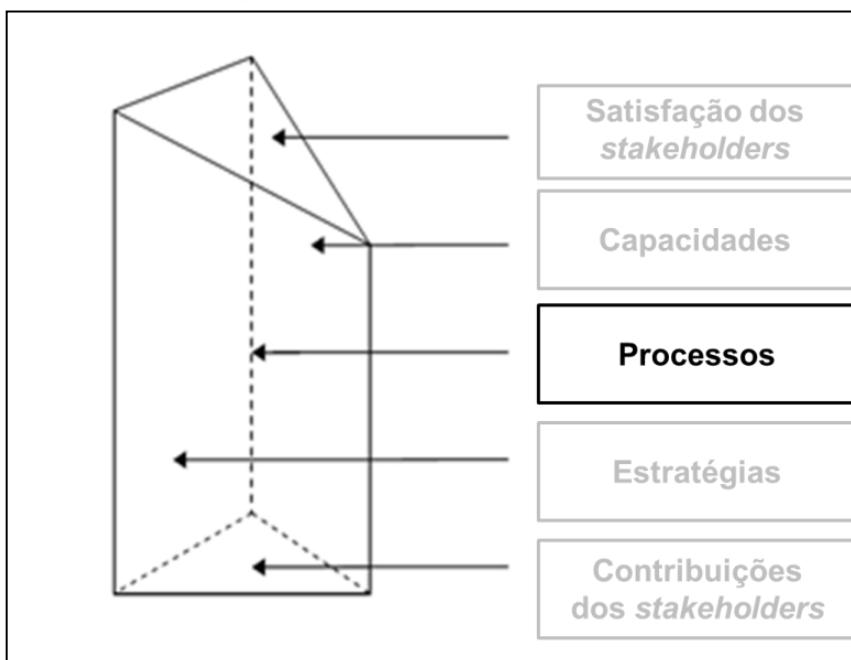
e afetam a rotina do hospital. A decisão de ir em busca de parceria para o financiamento se dirigiu inicialmente aos convênios de saúde (pensados como *stakeholders* em um primeiro momento, o que acabou não ocorrendo), e em seguida, a partir da informação do diretor sobre a oportunidade de contratação de leitos, à Secretaria Estadual de Saúde. A decisão, portanto, foi histórica na trajetória do hospital. Desrespeitou-se parte da missão, mas se cumpriram o objetivo e o valor de ser lucrativo e assim crescer. Ou seja, apesar de não cumprir exatamente a estratégia prevista no “papel”, a decisão de atender à Secretaria Estadual de Saúde foi efetiva para os objetivos do Hospital Lacan. Em relação à visão, a obediência estratégica se mantém, pois é reconhecido por seus *stakeholders* pela qualidade da prática médica e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes (Capacidade relatada pelo diretor e RTs: funcionários capacitados; processos relatados por diretor e RTs: atendimento de qualidade ao paciente – análises presentes nas próximas seções). Reconhecimento ratificado nos contratos com a Secretaria Estadual de Saúde (estratégia relatada pelo diretor e RTs), SUS, juízes e promotores. Em relação aos valores, observa-se seu cumprimento, ao demonstrar resultados positivos por meio dos valores inovação e perseverança; investiu na estrutura física, mesmo com o setor em crise, e na busca ativa por parcerias para o aumento de vagas, o que resultou no cumprimento de outro valor, a lucratividade para o crescimento (de acordo com a estratégia relatada pelo diretor e RTs). A transparência pode ser observada no contato constante e decisões tomadas a partir das discussões entre os diversos níveis da organização: funcionários, RTs, diretoria (consenso no grupo focal). O valor segurança no ambiente hospitalar é evidenciado pela satisfação dos *stakeholders* pacientes, familiares e funcionários. O respeito socioambiental não foi abordado, não havendo possibilidade de ser analisado. Portanto, chega-se à análise de que a estratégia colocada no “papel”, formal, é atendida em parte, pois a gestão depende da satisfação constante principalmente do *stakeholder* Secretaria Estadual de Saúde, e é reativa com as demandas para atender ao mercado e conseguir a lucratividade relatada. Ou seja, foi correta a mudança de estratégia de ser um hospital autossustentável, em seguida ser um hospital sustentado por planos de saúde, para a estratégia de atender o *stakeholder* Secretaria Estadual de Saúde. Afinal, o contrato foi aumentado e o hospital saiu do vermelho.

Simples e diretamente, o objetivo é manter e ampliar os leitos contratados, o que está sendo cumprido. Houve aumento real de vagas de 2009 a 2013 (de 30 para 120), e dos esforços relatados pelas RTs e diretor para cumprir o objetivo de longo prazo, atendendo, no curto prazo, às demandas desse *stakeholder*. A SES é o *stakeholder* predominantemente mais atendido, a partir dessa estratégia, ou seja, um *stakeholder* importante, mais satisfeito.

4.2.2.4 Análise dos Processos

Neste item foi analisada a categoria Processos, que corresponde a um dos lados do prisma do modelo de prisma de desempenho de Neely et al. (2001), ilustrado pela figura 28:

Figura 28 – Prisma - Processos



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na figura do prisma de Neely et al. (2001, p.12)

Em relação aos Processos, infere-se que o diretor teria respondido:

4 – Processos: quais processos devemos colocar em prática para satisfazer necessidades e vontades?

A partir do que disse no item Estratégia, deduz-se que seria previamente a execução de reforma na planta física para buscar novos contratantes pagantes, de

maior remuneração, e prestar serviço de excelência ao governo do Estado de São Paulo a fim de aumentar o número de leitos a serem contratados, o que já ocorreu, pois foram quadruplicados.

Em relação aos Processos, no grupo focal se identificou que a definição dos processos prioritários de cada área ocorre pelas RTs, equipe e direção, ratificando o importante papel desses *stakeholders*, como se demonstra nos quadros 8, 9 e 11. As afirmações em relação a esse papel podem ser assim elencadas: “São as RTs de cada área que definem, juntamente com os colaboradores” (P4); “na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria” (P3); “no setor de psicologia eu, Responsável Técnica, que defino, discuto com a equipe, alinho, e passo pela aprovação do diretor clínico” (P2).

Para o grupo focal, os processos fundamentais para o cumprimento dos objetivos são: protocolo, rotinas básicas e bom atendimento: “Na área da psicologia nós temos um protocolo de atendimento” (P2); “na enfermagem nós temos as rotinas básicas, para todas as unidades” (P3); “no meu setor [recepção] é o bom atendimento, tanto telefônico como presencial” (P5); “é o protocolo mesmo, do departamento [serviço social], que precisa ser seguido porque é o que garante uma uniformidade das ações, senão dá bagunça” (P4).

Os indicadores de controle dos processos são definidos pelas RTs e direção, a partir das normas dos conselhos de classe, perfil da unidade de internação, de acordo com a demanda, com a Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, protocolos, controles administrativos e satisfação dos funcionários. O grupo focal assim se manifestou: “Todas as participantes entendem que são as Responsáveis Técnicas” (Moderador); “em alguns casos a diretoria intervém em alguns processos” (P3); “o conselho regional da nossa área, que rege algumas normas no exercício da profissão, mas estes indicadores também são direcionados para um objetivo de acordo com a unidade de internação” (P4); “eu acho que esses indicadores são elaborados diariamente” (P5); “a gente elabora diariamente de acordo com o problema, mas já tem os indicadores preestabelecidos e exigidos pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica” (P3); “eu acho que o próprio seguimento do protocolo de cada unidade é um indicador [...]. E aí existe outro controle mais

administrativo [...] como o controle dos pontos, [...] banco de horas, se ele tem muito atraso" (P3); "tem também as escalas, e se pede demissão" (P3); "também serve como índice o quanto o funcionário está ou não satisfeito com a instituição que trabalha, se tem muita rotatividade" (P2).

A validade do indicador é verificada a partir da sua prática no dia a dia, nas mudanças no perfil do paciente e novas demandas. Destacam a validade dos indicadores: "Vai vendo se a gente está colocando estes indicadores em prática [...] Se mudou paciente [...] este indicador não está mais servindo, você tem que mudar sua forma de atuação de controle" (P2); "se surge algo novo a gente tem que modificar" (P5); "muda de acordo com demanda" (P4).

Consenso no grupo focal é que os processos definidos se voltam apenas ao atendimento de qualidade do paciente, a partir do cumprimento de protocolos, rotinas e bom atendimento. Na entrevista em profundidade, o diretor afirmou que os processos são voltados ao cumprimento da estratégia em relação ao *stakeholder* governo do Estado, sendo os principais processos a reforma do espaço físico do hospital e oferta de serviço de qualidade.

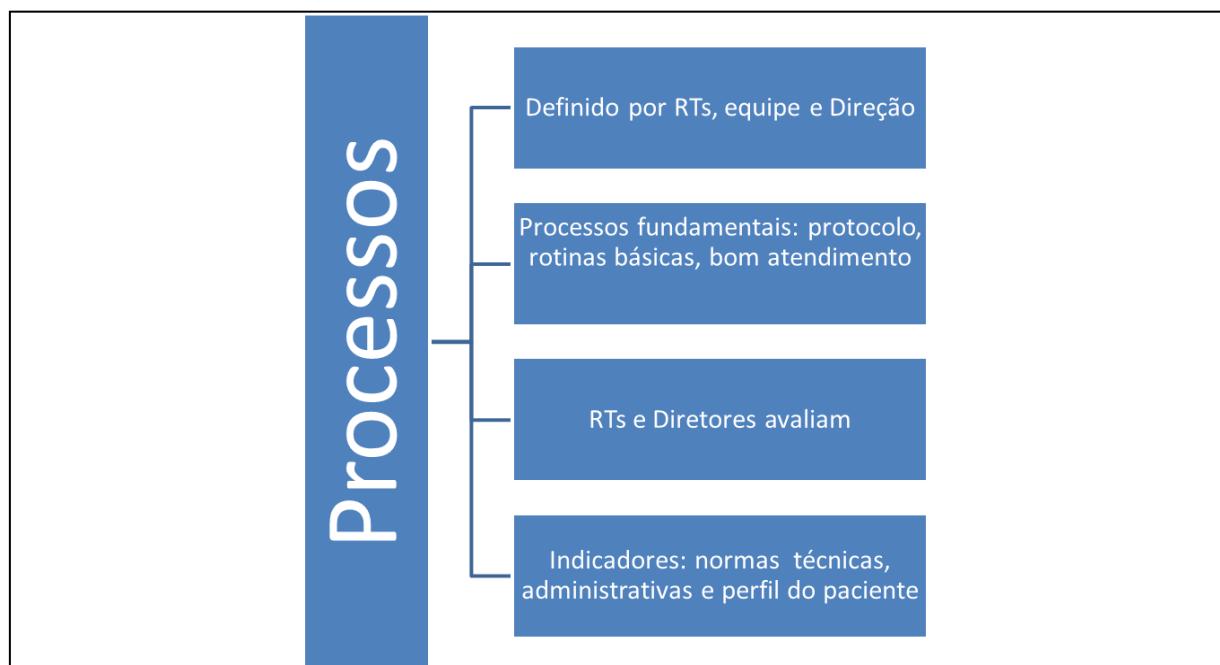
Inicialmente pode-se deduzir que, de acordo com o grupo focal, estratégia e processos estão desalinhados. Contudo, refletindo que as respondentes eram RTs, ou seja, profissionais responsáveis pela garantia da qualidade de atendimento dos pacientes, percebe-se que o procedimento relacionado ao bom atendimento está coerente no que dizem, sendo realmente imprescindível à manutenção e ampliação de contratos com o governo do Estado. Caso essa qualidade não esteja presente ou seja mantida, o governo do Estado, que fiscaliza com rigor o Hospital Lacan, não poderá manter e ampliar a parceria. O consenso das RTs sobre indicadores relacionados ao controle administrativo dos funcionários e de sua satisfação pode ser analisado seguindo o mesmo raciocínio, pois se o funcionário presente está satisfeito, a qualidade do tratamento provavelmente estará garantida, aumentando a probabilidade de contratos com o governo do Estado. Por outro lado, ressalta-se que na entrevista em profundidade e no grupo focal poderiam ser apresentados com maior destaque outros procedimentos relacionados diretamente ao *stakeholder* governo do Estado, como ampliação física do hospital para facilitar a contratação de mais vagas, estimular a parceria com a rede de cuidados do usuário de crack dos

diversos municípios para aumento da demanda e encaminhamentos de usuários para o hospital, entre outros. E ainda deveriam estar em destaque indicadores relacionados diretamente à Secretaria de Saúde, como número de pacientes encaminhados por mês, número de pacientes encaminhados pela Secretaria que aderiram ao programa; número de reinternações pela Secretaria, entre outros. Verifica-se que o Hospital Lacan não apresenta indicadores diretamente relacionados à sua estratégia.

Na seção seguinte, a análise do alinhamento dos processos e estratégia será complementada pela discussão das Capacidades do hospital (quadro 16).

Na figura 29 é possível observar a síntese do grupo focal em relação à perspectiva Processos do prisma de Neely et al. (2001):

Figura 29 – Síntese da Análise dos Processos

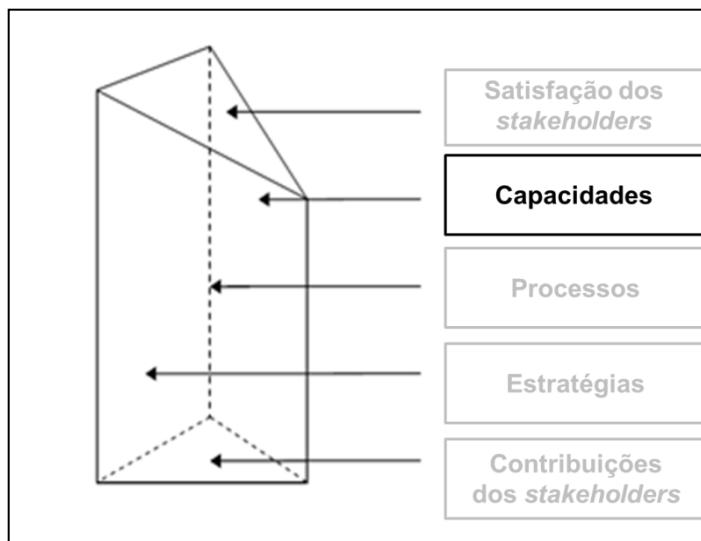


Fonte: Elaborada pelo autor

4.2.2.5 Análise das Capacidades

Neste item foi analisada a categoria Capacidades, que corresponde a um dos lados do prisma do modelo de prisma de desempenho de Neely et al. (2001), ilustrado pela figura 30:

Figura 30 – Prisma - Capacidades



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado na figura do prisma de Neely et al. (2001, p.12)

Em relação às Capacidades, analisando a afirmação do diretor citada no item Estratégia, infere-se que responderia:

5 – Capacidades: quais capacidades/recursos precisamos para operar nossos processos mais eficazmente e mais eficientemente?

Presume-se que previamente foi a reforma na planta física e depois a prestação de serviço de excelência para viabilizar o aumento da prestação de serviço para o governo do Estado de São Paulo.

Em relação às Capacidades, é nítido como para o grupo focal as competências são voltadas ao *stakeholder* Equipe, sendo consenso e destaque entre as RTs a necessidade de treinamentos, trabalho em equipe, educação continuada e feedback. Demonstram-no: “Treinamento para funcionar e [...] precisamos de trabalho conjunto, sincronizado, e precisa de recursos humanos” (P4); “precisamos de treinamento e do feedback de cada um para poder mudar” (P5); “educação continuada eu acho muito importante para reciclar” (P3).

As RTs e o diretor definem o perfil dos funcionários (exceto a recepção, já definido pelo hospital) e selecionam os pretendentes, havendo sensível preocupação com a competência dos funcionários em relação ao trabalho em equipe, conhecimentos técnicos e respeito às normas, rotinas e ética: “Primordial é o trabalho de equipe [...] respeitar as normas e o fluxo da equipe, e demais rotinas, mantendo um padrão, não quebrar o tratamento” (P3); “a habilidade maior é ter um

bom atendimento pessoal, atender melhor os clientes e colaboradores, a interação” (P5); “eu acredito que os profissionais precisam de habilidades específicas de atendimentos, de vivência em grupo com outros profissionais, o respeito, a ética” (P4);

[...] digo para a menina que fará a seleção o perfil que quero para a vaga. Aí fazem um processo seletivo lá, uma entrevista, [...] e aí eu chamo para uma entrevista comigo e com o diretor clínico, e fecho se aquele candidato é adequado para aquela vaga que eu tenho (P2).

[...] primeiro eu observo se o colaborador trabalha bem com a Equipe dele [...] além de ter conhecimentos técnicos [...] são necessárias algumas coisas de disponibilidade pessoal, do perfil pessoal dele, como se colocar no lugar do outro e interagir com a equipe (P2).

A exigência da qualidade das habilidades dos funcionários é controlada a partir de avaliações anuais por competências e avaliações informais: “A gente fez avaliação de competência com cada um dos colaboradores com controle formal. Essa avaliação por competências é feita uma vez por ano. Cada habilidade é medida e discutida com o colaborador” (P2); “todos falam que faz de maneira informal, e o próprio colaborador traz a necessidade e faz o trabalho individual” (Moderador).

Na discussão entre as RTs percebe-sea insatisfação dos funcionários em relação à falta de investimentos em treinamentos e salários; apesar de competentes, as equipes poderiam desempenhar melhor seu papel caso houvesse educação continuada, e a rotatividade seria menor se fossem oferecidos bons salários: “Estes conhecimentos são pré-requisitos na contratação. Têm que estar presentes na avaliação” (P2); “a educação continuada não existe dentro do Lacan” (P3); “quando você consegue fazer um colaborador ficar bom, ele sai” (P3); “tem que investir. O hospital não consegue dar a atenção necessária ao colaborador novo, tem que começar do zero sempre” (P3); “os funcionários que conseguimos são aqueles que não têm experiência, devido ao baixo salário e por ser psiquiatria” (P3); “aqui no setor de psicologia, na verdade, todos têm dois trabalhos. Só com o salário do Lacan não dá. Antes era difícil fechar a equipe de psicologia por causa do salário” (P2).

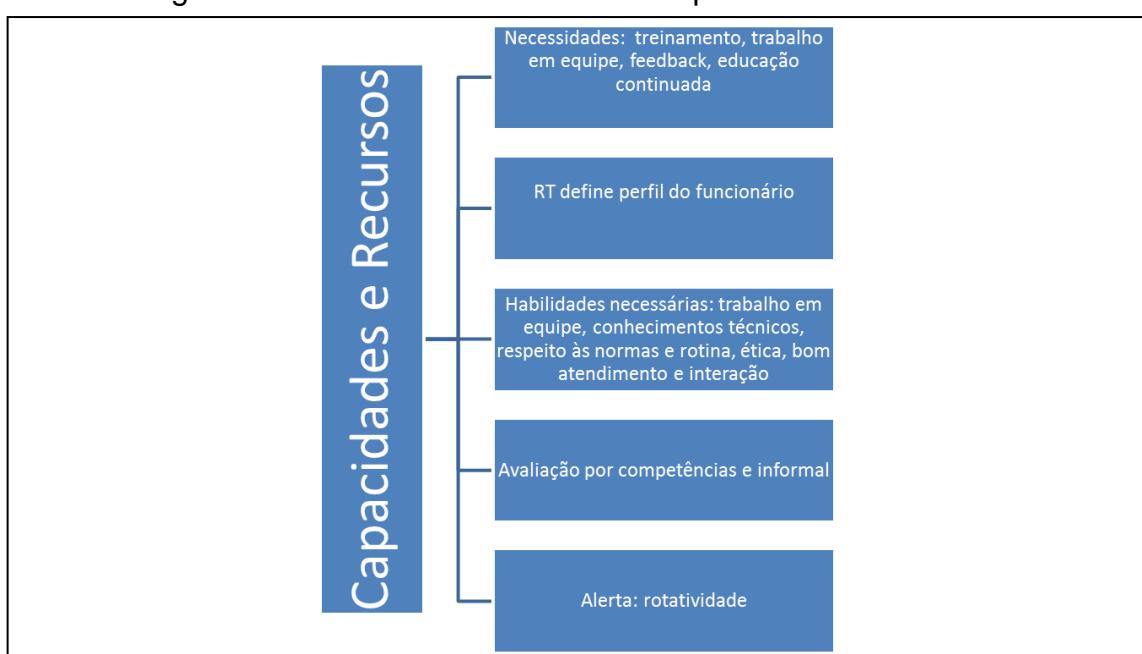
Se compararmos com a resposta inferida do diretor, este já previa capacidades relacionadas ao atendimento direto ao contratante: a reforma na planta física e a prestação de serviço de excelência. A última capacidade, o serviço de

excelência, está coerente com a preocupação do grupo focal em centrar-se nas capacidades da equipe.

De acordo com a análise de todas as perspectivas do prisma de Neely et al. (2001) aplicadas ao caso do Hospital Lacan, apesar de as estratégias estarem voltadas ao governo do Estado, as Estratégias para os Pacientes, as Capacidades estão voltadas aos Funcionários. Seguindo o raciocínio de que os procedimentos voltados aos pacientes fazem sentido, pois a qualidade do atendimento garante a manutenção e a ampliação de contratos com o governo do Estado, as capacidades voltadas aos funcionários aumentam a qualidade do atendimento aos pacientes, e assim sucessivamente. Ou seja: o Hospital Lacan quer aumentar vagas por meio do governo do Estado – governo do Estado exige qualidade de tratamento – RTs e funcionários garantem a qualidade de tratamento – pacientes recebem bom tratamento, sendo atendidos em suas demandas – aumenta a possibilidade de manutenção e ampliação de vagas do governo do Estado no Hospital Lacan. Vale o Hospital Lacan ficar atento aos problemas relacionados às Capacidades e Recursos abordados no grupo focal, como a necessidade não atendida dos funcionários em relação à educação continuada e salários, o que tem gerado rotatividade.

Na figura 31 visualiza-se uma síntese da análise do grupo focal quanto à perspectiva Capacidades e Recursos do prisma de Neely et al. (2001):

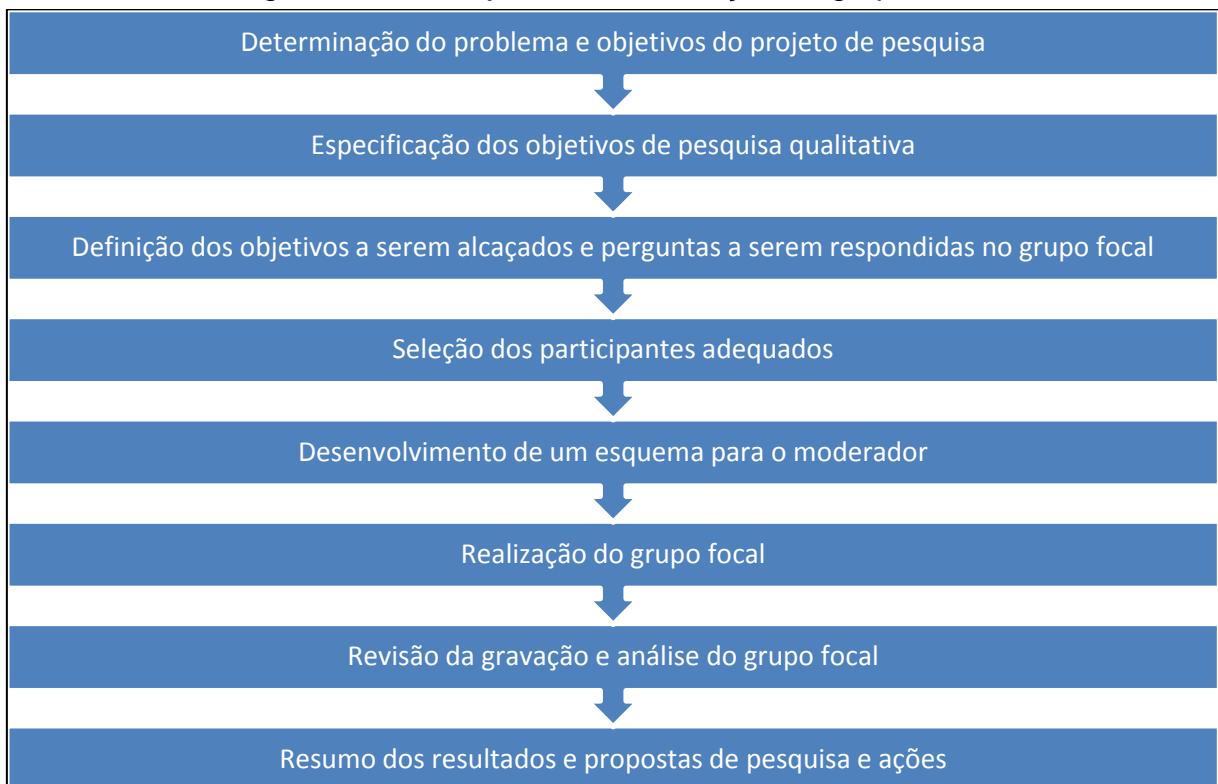
Figura 31 – Síntese da Análise das Capacidades e Recursos



Fonte: Elaborada pelo autor

Todas as etapas propostas por Malhotra (2006) para o planejamento e realização do grupo focal foram contempladas (figura 32):

Figura 32 – Planejamento e condução do grupo focal



Fonte: Adaptada de Malhotra (2006)

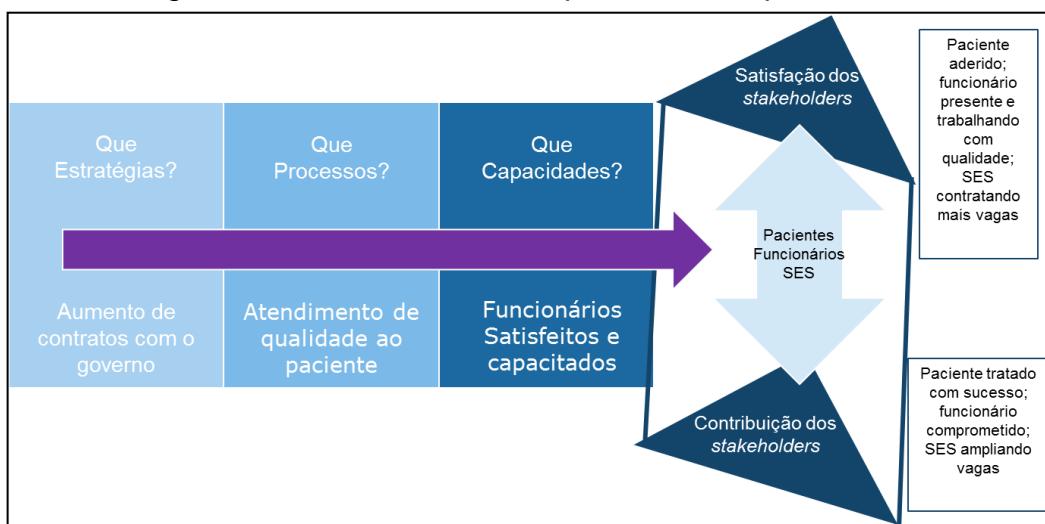
Na figura 33 há a análise global do que foi apresentado sobre as cinco perspectivas do prisma de Neely et al. (2001). A seta lilás representa como as perspectivas do prisma estão relacionadas, ou seja, as estratégias devem definir os processos, que por sua vez definem as capacidades, para se obter a satisfação dos *stakeholders* e a contribuição desses *stakeholders*. No caso único estudado, a estratégia reconhecida pelo diretor e RTs é o aumento de contratos com o governo do Estado de São Paulo por meio da Secretaria do Estado de Saúde, ou seja, o *stakeholder* a ser prioritariamente satisfeito é a Secretaria Estadual de Saúde, para receber como contribuição a manutenção e o aumento de contratos de leitos. A estratégia, apesar de não parecer alinhada aos processos e capacidade, deu resultados positivos. O hospital, após o início da parceria, saiu do vermelho e se manteve na lucratividade, o que se deve provavelmente à certeza de que para satisfazer a necessidade de vagas de qualidade da Secretaria Estadual de Saúde, o hospital deve demonstrar que as vagas de fato são de qualidade. Atitude possível a

partir do Processo de bom atendimento do paciente, por sua vez verificado na adesão, elogios e sucesso do paciente no tratamento. Para haver a possibilidade desse Processo de atendimento de qualidade ao paciente, é imprescindível a Capacidade de a equipe técnica estar satisfeita e capacitada, pois com essas capacidades é viável a qualidade do serviço prestado pelos funcionários.

Ou seja, na figura 33 observa-se que a estratégia principal do Hospital Lacan a partir dos consensos entre grupo focal e entrevista em profundidade é o aumento de contratos com o governo do Estado, o que é possível a partir da comprovação da qualidade da vaga, ou seja, do atendimento de qualidade ao paciente, viável somente por meio das capacidades de satisfação e capacitação da equipe de profissionais. Assim, os principais *stakeholders* envolvidos na estratégia da organização, que devem ser satisfeitos para contribuir são os pacientes, funcionários e principalmente a Secretaria Estadual de Saúde.

Apesar de não estar totalmente de acordo com a estratégia formal do Grupo Saúde Bandeirantes, por não promover a gestão autossustentável, a estratégia de aumento de contratos com o governo foi desde o início positiva para a organização, garantindo sua lucratividade, um dos principais valores formais do Grupo Saúde Bandeirantes. Parcialmente, a estratégia formal está presente na estratégia apresentada pelo diretor e RTs da seguinte forma: a Estratégia de aumento de contratos com o governo do Estado tem a ver com a missão da gestão de qualidade e de resolutividade, com a visão de reconhecimento pela qualidade do tratamento e com o valor de lucratividade; o Processo de atendimento de qualidade ao paciente está relacionado à visão de reconhecimento da qualidade integral da prática da medicina, e ao valor de segurança no ambiente hospitalar; e as Capacidades de satisfação e capacitação dos funcionários à visão do reconhecimento da qualidade da prática do tratamento e ao valor de segurança no ambiente hospitalar. A estratégia formal da organização prevê qualidade e resolutividade da administração, reconhecimento, qualidade do serviço prestado e lucratividade, aspectos contemplados na entrevista em profundidade e no grupo focal, demonstrando que pelo menos parcialmente a estratégia é praticada.

Figura 33 – Prisma do Desempenho do Hospital Lacan



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em Neely, Kennerley e Adams (2004, p. 155)

Compreende-se que apesar de a capacidade do Hospital Lacan ser funcionários satisfeitos, capacitados, que prestam um bom serviço, ou seja, um bom atendimento ao paciente, a estratégia não é apenas atender esse funcionário; apesar de os processos serem o atendimento de qualidade ao paciente, para que ele tenha aderência e sucesso no tratamento, a estratégia não visa atender apenas o paciente; porém, atender os dois *stakeholders*, funcionários e pacientes, serve para atingir a estratégia de crescimento e lucratividade pela ampliação de leitos pela SES. Ao satisfazer os funcionários, eles atendem com qualidade; ao satisfazer o paciente, ele adere e tem sucesso no tratamento; com a garantia de sua necessidade de vagas de qualidade, o *stakeholder* SES contribui com o aumento de leitos, cumprindo-se a estratégia para a lucratividade. A seta da figura 33 demonstra as relações: a estratégia de aumento de contratos com o governo do Estado (SES) não pode prescindir dos processos de atendimento de qualidade do paciente, e este processo, para ser executado, exige a capacidade de funcionários satisfeitos e capacitados, portanto, para o fluxo ocorrer, é essencial que *stakeholders* pacientes, funcionários e SES estejam satisfeitos e assim contribuam.

Não obstante os processos e capacidades não estarem exatamente alinhados com a estratégia, ou seja, por atenderem pacientes e funcionários ao invés de exclusivamente à SES, percebe-se que o desalinhamento repercute positivamente, pois atendem à SES quanto à sua necessidade de qualidade da vaga, promovendo o aumento de contratos, gerando crescimento e lucratividade.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo de caso único referente ao Hospital Psiquiátrico Lacan, analisado sob a forma qualitativa exploratória, foi desenvolvido com base em documento do Sindicado dos Hospitais de São Paulo, na entrevista em profundidade com o diretor e no grupo focal com as Responsáveis Técnicas dos setores Psicologia, Enfermagem, Recepção e Serviço Social. As informações coletadas têm aspectos notórios para serem submetidas à correlação com teorias da ciência social aplicada à administração, representando um pioneirismo por avaliar um hospital psiquiátrico a partir da Teoria dos *Stakeholders*, Escola de Administração Estratégica Cognitiva e Modelo do Prisma de Desempenho.

O relacionamento de teorias para analisar um serviço de saúde mental é inédito, tornando-se, portanto, uma contribuição a pesquisadores e gestores da área de administração de hospitais psiquiátricos. O presente estudo apresentou ainda contribuição à área de avaliação de desempenho em hospitais psiquiátricos, complementando o estudo de Carneiro da Cunha (2011) sobre a temática relacionada a organizações de saúde em geral, e à pesquisa de Hourneaux (2010) sobre as relações entre *stakeholders* e os sistemas de mensuração do desempenho organizacional.

Os dados extraídos da análise da entrevista em profundidade com o diretor do Hospital Lacan tiveram pertinência para serem submetidos aos enquadramentos teóricos da Escola de Administração Estratégica Cognitiva pelo modo de organização mental executiva do diretor, que se identifica como autodidata, sendo que suas decisões se baseiam em experiências prévias. O diretor igualmente se enquadra na Escola Cognitiva por utilizar o Modelo de processo paralelo de tomada de decisão estratégica, ao ficar atento às exigências do mercado de contratantes, que pagariam maior valor por diária; ao codificar que estando com enfermaria reformada outros clientes procurariam a instituição, além do Sistema Único de Saúde; ao fazer a recuperação de relacionamento profissional com o professor Ronaldo Laranjeira, um dos médicos psiquiatras que elaboraram o programa de aquisição de leitos para internação de dependência química; e ao dar agilidade à ação de efetivação do contrato com resultados tão positivos, depois quadruplicando o número de leitos para prestação de serviço. Constatou-se que os relacionamentos

do diretor entrevistado têm relevância para o destaque organizacional do Hospital Lacan. Apesar do papel notavelmente importante do diretor no crescimento do Hospital Lacan, e do hospital fazer parte do Grupo Saúde Bandeirantes, o presente estudo teve como objetivo analisar o caso único Hospital Lacan, que, como se verificou, desenvolveu e adotou uma estratégia diferente do Grupo para alcançar seu objetivo de lucratividade.

Esta pesquisa explorou os *stakeholders* do Hospital Lacan, assim os identificando, a partir do consenso entre entrevista em profundidade e grupo focal: Direção; Responsáveis Técnicas de cada setor; Pacientes; Familiares dos pacientes; Funcionários/Equipe; Secretaria de Saúde do Estado; SUS; Juízes e Promotores; Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde; Conselhos de Classe; Sindicatos.

Os *stakeholders* foram classificados pelos consensos dentro da Teoria dos *Stakeholders* como primários e secundários, e pela Teoria do *Stakeholder Salience*. Os *stakeholders* primários, por consenso, foram: Direção (Expectante/Dominante, Alta interdependência); Responsáveis Técnicas de cada setor (Expectante/Dependente, Alta interdependência); Pacientes/Familiares dos pacientes (Latente/Exigente, Alta interdependência); Funcionários/Equipe Multiprofissional/Equipes de cada setor (Latente/Discretional, Alta interdependência); Secretaria de Saúde do Estado/SUS/Instituições encaminhadoras (Definitivo, Poder do *stakeholder*); Juízes e Promotores (Definitivo, Poder do *stakeholder*); Vigilância Sanitária (Definitivo, Poder do *stakeholder*); Conselhos de Classe e Sindicato (Definitivo, Poder do *stakeholder*).

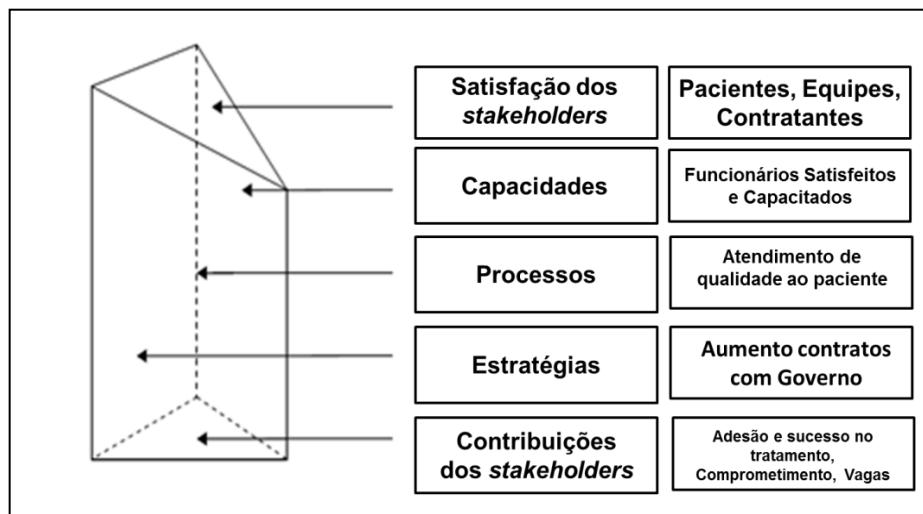
Foi possível discutir a importância dos *stakeholders* identificados a partir da teoria do Prisma de desempenho de Neely et al. (2001), que valoriza as partes relevantes para o bom desempenho estratégico, como foi o caso da Secretaria Estadual de Saúde, que reconheceu o trabalho e quadriplicou o número de leitos contratados, com valor diferenciado. A aplicação do modelo do prisma permitiu analisar a Satisfação dos *Stakeholders* do Hospital Lacan, e as Contribuições dos *Stakeholders*, revelando coerência e harmonia entre o que os *stakeholders* desejam e esperam do Hospital Lacan, e o que o Hospital pretende e recebe dos *stakeholders*. A direção e o hospital querem e ficam satisfeitos com a lucratividade do hospital; a direção contribui por meio do investimento de recursos financeiros e

da boa gestão; Responsáveis Técnicas de cada setor querem a satisfação e a qualidade de seus funcionários, assim como o hospital, sendo que as RTs contribuem por meio da boa gestão; Pacientes/Familiares dos pacientes desejam atendimento de qualidade, e contribuem com a adesão e sucesso no tratamento, exatamente o que o hospital precisa para ter o reconhecimento dos contratantes; Funcionários querem seus direitos e treinamento, enquanto o hospital exige a qualidade de tratamento, como os funcionários contribuem quando satisfeitos, o que é reconhecido pelos contratantes; Secretaria de Saúde do Estado exige vagas de qualidade e o hospital quer a ampliação de contratos de vagas, priorizando a satisfação desse *stakeholder* para sua lucratividade; SUS/Juízes e Promotores igualmente exigem vagas de qualidade e são atendidos pelo hospital; Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Conselhos de Classe e Sindicatos esperam que o hospital cumpra as normas segundo a legislação vigente, e o hospital quer compreender as necessidade para poder atendê-las, a fim de obter certificações e licenças.

A análise do Prisma de Desempenho permitiu a discussão das Estratégias, Processos e Capacidades do Hospital Lacan, sendo a estratégia principal o aumento de contratos com o governo do Estado por meio da SES, possível por meio da comprovação da qualidade da vaga, ou seja, do atendimento de qualidade ao paciente, viável somente pela capacidade de satisfação e capacitação da equipe de profissionais. Assim, os principais *stakeholders* envolvidos na estratégia da organização, que devem ser satisfeitos para contribuir, são pacientes, funcionários e principalmente a Secretaria Estadual de Saúde.

Esta análise resultou no produto final (figura 34), que propõe um modelo de avaliação de desempenho baseado no prisma de Neely et al. (2001, p.12), em que em cada uma das facetas há um aspecto a ser levado em consideração pelos gestores de hospitais psiquiátricos. Deve-se ressaltar as limitações metodológicas do presente estudo, que não permite generalizar a efetividade do produto.

Figura 34 – Produto Final



Fonte: Elaborada pelo autor

O Produto Final revela que para a lucratividade desse hospital psiquiátrico os principais *stakeholders* atendidos e que fazem parte da estratégia da organização são pacientes, equipes e principalmente o contratante. A estratégia da organização, segundo os informantes, é buscar aumentar os contratos com o governo do Estado, o que é possível se houver qualidade no tratamento oferecido aos pacientes (processo), por sua vez garantida pela satisfação e capacitação dos funcionários (capacidades). A contribuição dos *stakeholders* pacientes é a adesão e sucesso no tratamento, e dos funcionários o comprometimento, o que garante a contribuição do *stakeholder* governo do Estado, que é o aumento de vagas.

Apesar de importantes e primários, ou seja, serem determinantes para o funcionamento do hospital por consenso entre entrevista em profundidade e grupo focal, os *stakeholders* Vigilância Sanitária, Direção e RTs não foram colocados no Produto Final, pois se identificou mais destaque à satisfação do governo do Estado para a estratégia de aumento de contratos, com a satisfação dos pacientes nos processos e dos funcionários nas capacidades para atingir essa estratégia.

As informações são limitadas, sendo essenciais outros estudos que as complementem e sirvam de base para pesquisadores e gestores interessados nas temáticas, a fim de lhes darem continuidade, pois uma das limitações para um estudo mais amplo foi o tempo disponível para sua conclusão. A continuidade e a complementação da pesquisa em gestão de hospitais psiquiátricos são significativamente importantes, tendo em vista que esses serviços de saúde

representam segmento de mercado em expansão, diante das demandas por internação de portadores de transtornos mentais, e mais especificamente de dependentes químicos, e dos novos programas governamentais de financiamento de leitos para essa população.

Constatou-se que apesar de a estratégia pretender atender ao *stakeholder* governo do Estado, os processos aos pacientes e as capacidades aos funcionários, o aparente não alinhamento da estratégia obteve êxito, poiso nível do serviço prestado pelos funcionários garantiu a qualidade do tratamento do paciente, que por sua vez assegurou o aumento de contratos de leitos pelo governo do Estado, o que possibilitou sair do vermelho e ter lucratividade. Ou seja, o Hospital Lacan quer atender ao *stakeholder* SES como estratégia para aumentar os leitos e a lucratividade.

Além disso, verifica-se que a estratégia formal do Grupo Saúde Bandeirantes, sua missão, visão e valores foram criados para todo o Grupo Saúde Bandeirantes, sendo que não estão em concordância e coerentes com a estratégia identificada na entrevista em profundidade e grupo focal, não existindo direcionamento formal específico para o Hospital Lacan. A estratégia formal, portanto, direciona-se apenas retoricamente ao Hospital Lacan, sendo positiva a sua não obediência. Apesar de a estratégia desenvolvida localmente pelo Hospital Lacan envolver a dependência de outra instituição, e não a gestão autossustentável, como prevê a missão do Grupo Saúde Bandeirantes, foi o mais adequado para se alcançar a lucratividade e atender à outra parte da missão, que prevê a qualidade e a resolubilidade da administração dos hospitais.

Diante do exposto, pode-se inferir que as estratégias empregadas pelo Hospital Lacan foram determinantes para superar a crise do setor na perspectiva da teoria dos *stakeholders*, escola cognitiva e avaliação do prisma de desempenho, visto que dentre as ações realizadas a busca pela manutenção e a ampliação do contrato com o governo do Estado de São Paulo, com o objetivo de tornar mais lucrativas as vagas para pessoas portadoras de transtornos mentais, resultantes da dependência química, constitui procedimento estratégico por excelência. Ao mesmo tempo em que procede a essa busca, percebe que deve garantir o bom atendimento dos pacientes e assegurar a capacitação dos funcionários. Apesar da preocupação

de se contratar profissionais com formação para atender a esse perfil de pacientes, é imprescindível a educação continuada de seus funcionários diante de quadro tão complexo. Constatase ainda que o hospital não apresenta processos diretamente relacionados ao governo do Estado, nem indicadores de cumprimento desses processos, sendo que se sugere sua elaboração em próxima pesquisa.

Apesar da falta de processos e capacidades direcionados especificamente à estratégia de ampliação de contratos com o governo do Estado, verificam-se concretamente a lucratividade do Hospital Lacan há mais de dois anos e o aumento progressivo de leitos, demonstrando que apesar de não representar alinhamento ideal, essa maneira de planejar as ações da organização obteve êxito, de acordo com o objetivo de longo prazo e valor de crescimento e lucratividade.

5.1 Limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas

Pelo seu caráter acadêmico com ênfase em alguns momentos em seus aspectos gerenciais, o estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser levadas em consideração, como o fato de o pesquisador e moderador fazer parte da equipe do hospital como médico psiquiatra. O fato de as participantes do grupo focal serem Responsáveis Técnicas de sua área assegura, por um lado, a homogeneidade do grupo, mas implicou não haver afirmações de outros *stakeholders* internos; houve apenas um encontro do grupo focal e um encontro para entrevista em profundidade; não houve entrevista com especialistas para validar dados; a possível influência das participantes do grupo entre si; o hospital funciona e teve sucesso dentro de um histórico político, além de situar-se em São Bernardo do Campo, que possui características particulares como município com forte movimento sindical e antimanicomial; o tempo disponível para as pesquisas no campo foi limitado; as perguntas para o diretor e para o grupo focal foram diferentes, o que dificultou o pareamento das informações para análise; o caso único, apesar de permitir uma profunda análise, não é generalizável, sendo que o produto final do presente estudo deve ser adaptado para outros serviços.

Diante do que aqui foi estudado sobre o caso único do Hospital Lacan, e o crescimento do mercado para hospitais psiquiátricos adequados para atender à demanda da saúde mental de leitos para pessoas com transtornos mentais,

principalmente dependência química, novos estudos sobre estratégia administrativa e avaliação de desempenho devem ser conduzidos nessa área, principalmente pesquisas relacionadas aos serviços da rede de atenção ao usuário de álcool e drogas, e a utilização de metodologias que permitam maior generalização das informações.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. 2^a ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ABDALLAA, R. R. et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, 17 Oct.2013.

ABRÃO, K. V.. **Análise da qualidade de cursos de pós-graduação on-line pelo usuário**: adequação de modelo de qualidade de serviços. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

AGLE, B.; MITCHELL, R.; SONNENFELD, J. Who matters to CEOs? An investigation of stakeholder attributes and salience, corporate performance and CEO values. **Academy of Management Journal**, v. 42, n. 5, p. 507-525, 1999.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013.

APPEL, P. W. et al. Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. **American Journal of Drug & Alcohol Abuse**, v. 30, n. 1, p.129-153, 2004.

APPEL, P.W.; OLDAK, R. A Preliminary Comparison of Major Kinds of Obstacles to Enrolling in Substance Abuse Treatment (AOD) Reported by Injecting Street Outreach Clients and Other Stakeholders. **American Journal of Drug & Alcohol Abuse**, v. 33, n. 5, p. 699-705, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Falta de leitos para internação é mais alarmante na saúde mental. **Clipping do dia**, 22 de nov. 2010. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12767>. Acesso em: 27 mar. 2014.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNADRI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BAZANINI, R.; DONAIRE, D.; RIBEIRO, H. L.; BAZANINI, H. L. Comunicação corporativa: atividades do profissional de media training na perspectiva da teoria dos stakeholders. **Gestão & Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 1-19, 2013.

BERENDS, L. The emergence of a specialist role in rural alcohol and drug service delivery: Lessons from a review in rural Victoria, Australia. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, v. 17, n. 5, p. 603-617, 2010.

BERTERO, C. O.; VASCONCELOS, F. C.; BINDER, M. P. Estratégia empresarial: a produção científica brasileira entre 1991 e 2002. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 4, p. 48-62, 2003.

BOURNE, M.; FRANCO, M.; WILKES, J. Corporate performance management. **Measuring Business Excellence**, v. 7, n. 3, p. 15-21, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990 a.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Crack, é possível vencer**. Brasília, 2011 b.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Tratamento para dependentes químicos. **Em discussão**, 18 nov. 2011 a. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos.aspx>. Acesso em: 27 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**. N. 10, mar. 2012 a.

BRASIL. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 27 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Apresentação. **Portal Saúde**. 2013 a. Disponível em: <[Http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1)>. Acesso em: 27 mar. 2014.

BRASIL. PNASH psiquiatria e programa de reestruturação da assistência. **Portal da Saúde**. 2013 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354>. Acesso em: 27 mar. 2014.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção de saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CARNEIRO DA CUNHA, J. A. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde**: um estudo em hospitais filantrópicos. 2011. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CARNEIRO DA CUNHA, J. A.; CORREA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 5, p. 785-799, 2013.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico - fundamentos e aplicações**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

CLARKSON, M. A stakeholder framework for analysing and evaluating corporate social performance. **Academy of Management Review**, v. 20. n. 1, p. 92-117, 1995.

CORNER, P.; KINICKI, A. J.; KEATS, B. W. Integrating organizational and individual processing perspectives on choice. **Organizational Science**, v. 5, n. 3, p. 294-308, 1994.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing harmony among traditions**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

DANTAS, T. SP faz primeira internação compulsória de usuário de drogas. **O Estado de S.Paulo**, 24 maio 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,sao-paulo-faz-primeira-internacao-compulsoria-de-usuario-de-drogas,1035269,0.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DONALDSON, T.; PRESTON, L. The Stakeholder Theory of the corporation: concepts, evidence, and implications. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 1, p. 65-91, 1995.

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K. A.; SANTOS, E. T. G.; LIMA, I. F.; RODRIGUES, M. P. F.; COSTA, S. Q. Aprendizagem organizacional em unidades de informação: do grupo focal à comunidade de prática. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 13, n. 3, p. 78-95, 2008.

FREEMAN, R.E. **Strategic Management: a stakeholder approach**. Boston: Pitman, 1984.

FRIEDMAN, A. L.; MILES, S. **Stakeholders: Theory and Practice**. Oxford University Press, 2006.

FASSIN, Y. The stakeholder model refined. **Journal of Business Ethics**, v. 84, n. 1, pp. 113-135, 2009.

FROOMAN, J. Stakeholder influence strategies. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 2, p. 191-205, 1999.

FROOMAN, J. The issue network: reshaping the stakeholder model. **CAN J ADM SCI**, v. 27, p. 161–173, 2010.

GARDINER, C.; URADA, D.; ANGLIN, M. Band-Aids and Bullhorns: Why California's Drug Policy Is Failing and What We Can Do to Fix It. **Criminal Justice Policy Review**, v. 23, n. 1, p. 108-135, 2012.

GIOVINAZZO, R. A. Focus Group em pesquisa qualitativa: Fundamentos e Reflexões. **Revista Administração On Line**, v. 2, n. 4, out.-dez. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm> Acesso: 10 nov. 2014.

GORDON, D.; CHAPMAN, R.; KUNOV, H.; DOLAN, A.; CARTER, M. Hospital management decision support: a balanced scorecard approach. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 52, p. 453-456, 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Núcleo de Comunicação Técnico-Científico. **Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo aumenta número de leitos e amplia serviços de internação a dependentes químicos.** 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/arquivo-de-noticias/2011/outubro/secretaria-de-estado-de-saude-de-sao-paulo-aumenta-numero-de-leitos-e-amplia-servicos-de-internacao-a-dependentes-quimicos>. Acesso em: 27 mar. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Metade dos dependentes químicos tem doenças psíquicas associadas. **Assessoria de Imprensa,** 16 ago. 2012 a. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/agosto/metade-dos-dependentes-quimicos-tem-doencas-psiquicas-associadas>>. Acesso em: 27 mar. 2014.

Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. SP ganha 1º serviço especializado em internação de grávidas dependentes de crack. **Assessoria de Imprensa,** 10 abr. 2012 b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/abril/sp-ganha-1-servico-especializado-em-internacao-de-gravidas-dependentes-de-crack>. Acesso em: 27 mar. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa Recomeço.** 2013. Disponível em: <<http://www.programarecomeco.sp.gov.br/>>. Acesso em: 27 mar. 2014

GRINNELL, R. M. **Social work research & evaluation: quantitative and qualitative approaches.** 5^a ed. Itasca: E. E. Peacock Publishers, 1997.

GRUPO SAÚDE BANDEIRANTES. **Hospital Lacan.** 2013. Disponível em: <<http://www.gruposaudebandeirantes.com.br/?c=1247>>. Acesso em: 27 mar. 2014.

HENRI, J. Organizational culture and performance measurement systems. Accounting. **Organization and Society**, v. 31, n. 1, p. 77-103, 2006.

HOURNEAUX JUNIOR, F. **Relações entre as partes interessadas (stakeholders) e os sistemas de mensuração do desempenho organizacional.** 2010. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INOCENTE, D. F. **Análise de um programa de treinamento e de seus resultados: um estudo de caso do MBA Gestão Pública - Banco do Brasil.** 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

INPAD (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS). **Levantamento Nacional de Álcool e Outras Drogas - LENAD.** 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 27 mar. 2014.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. P. The balanced scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, v. 70, n. 1/2, p. 71-79, 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos:** convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Campus: Rio de Janeiro, 2004.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. P. **Alignment:** using the balanced scorecard to create corporate synergies. Boston: HarvardBusinessSchool, 2006.

KAZANDJIAN, V. A; LIED, T. **Healthcare performance measurement: systems design and evaluation.** Milwaukee: American Society for Quality, 1999.

KRUEGER. R.A; CASEY, M.A. **Focus Groups:** a practical guide for applied research. 3^a Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LANGFORD, P. H.; PHILLIPS, D. Antecedents of community stakeholder satisfaction towards an Australian drug clinic. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, v. 9, n. 4, p. 345-353, 2002.

LARANJEIRA, R. (Org). O consumo de Álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012. **II LENAD,** 2013. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf. Acesso em: 27 mar. 2014.

LAVIERI, C. A.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A. A utilização da avaliação de desempenho organizacional em franquias. **XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração),** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LEITE, F. Governo terceiriza o atendimento na cracolândia. **O Estado de S.Paulo**. 25 nov. 2013. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/governo-terceiriza-atendimento-na-cracolandia>. Acesso em: 27 mar. 2014.

LITTAU, P.; JUJAGIRI, N.; ADLBRECHT, G. 25 years of stakeholder theory in project management literature (1984–2009). **Project Management Journal**, v.41, n. 4, p. 17-29, 2010.

MACHADO, S. H. S. **Política nacional de medicamentos**: análise dos fatores que influenciam a formulação de uma política pública de saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MARLATT, G.A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARR, B. **Business performance management**: current state of the art. A survey report. Cranfield School of Management, University of Cranfield, 2004.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R.. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2^a ed. São Paulo: Atlas, 2009.

McCART, M. R.; HENGGEKER, S. W.; CHAPMAN, J. E.; CUNNINGHAM, P. B. System-level effects of integrating a promising treatment into juvenile drug courts. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 43, n. 2, p. 231-243, 2012.

MENDES, R. A Transformação dos Hospitais Psiquiátricos. **Jornal do SINDHOSP**, ano 30, ed. 345, p. 10, 2013.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MITCHELL, R. K.; AGEL, B. R.; WOOD, D. J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. **Academy of Management Review**, v. 22, n. 4, p. 853-86, 1997.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A.. Um estudo sobre as características do método delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013.

NARANJO-GIL, D. Strategic performance in hospitals: the use of balanced scorecard by nurse managers. **Health Care management Review**, v. 34, n. 2, p. 161-170, 2009.

NEELY, A.; KENNERLEY, M. P.; ADAMS, C. A. **The New Measurement Crisis**: the Performance Prism as Solution. Cranfield: CranfieldSchool of Management, 2000.

NEELY, A.; KENNERLEY, M.; ADAMS, C. Performance measurement frameworks:a review. In: NEELY, A. (Org.). **Business performance measurement**: Unifying theory and integrating practice. 2^a ed. Cambridge: CambridgeUniversity Press, 2007.

NEELY, A; ADAMS, C; CROWE, P. The Performance Prism in practice. **Measuring Business Excellence**, v. 5, n. 2, p. 6-12, 2001.

NEELY, A.; ADAMS, C.; KENNERLEY, M. **The Performance Prism**: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. London: Prentice-Hall, 2002.

OBID (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS). **II Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

ONUSIC, L.; ARTEN, F. Análise do ambiente empresarial. In: SIQUEIRA, J. P.L.; BOAVENTURA, J.M. G. (Orgs.). **Estratégia para corporações e empresas**: teorias atuais e aplicações. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

PARENTE, A. C. M.; MENEZES, L. C.; CASTELO BRANCO, F. M. F.; SALES, J. C. S.; PARENTE, A. C. B. V. Reforma da assistência psiquiátrica brasileira: realidade e perspectiva. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 2, p. 66-73, 2013.

PATTERSON, S.; WEAVER, T.; AGATH, K.; RUTTER, D.; ALBERT, E.; CRAWFORD, M. E. User involvement in efforts to improve the quality of drug misuse services in England: a national survey. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, v. 16, n. 4, p. 364-377, 2009.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation methods**. London: Sage Publications, 1980.

PEREIRA, M. O.; JERICÓ, M. C.; PERROCA, M. G.; MUKAI, H. A. Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 9, n. 1, p. 33-40, 2013.

PHILBIN, M.; ZHANG, F. Exploring stakeholder perceptions os facilitator and barrier to accessing methadone maintenance clinics in Yunnan Province, China. **AIDS care**, v. 22, n. 5, p. 623-629, 2010.

RESSEL, L. B.; BECK, L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M.; SEHNEM, G. D.O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.H.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 3^a ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.

SCHIESARI, L. M; MALIK, A. M. Instrumentos utilizados na prática diária da gestão da qualidade. In: GONÇALVES, E. L. (Org). **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SENADO FEDERAL. Brasil oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários para tratamento de dependentes químicos. **Em discussão!**, v. 2, n. 8, 2011.

SIMONS, R. **Performance measurement and control systems for implementing strategy**.Upper Saddle River: Prentice Hall, 2000.

Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (SINDHOSP). Saúde Mental em Xeque. Em dia. **Jornal do SINDHOSP**, ano XXX, ed. 343, out. 2013.

SOUZA, M. M.; CARVALHO, R. N.; SILVA, L. R.; SANTOS, J. R.; AZEVEDO, E. B.; CAVALCANTI, P. B. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 11, p. 67-87, 2013.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicologia: Reflexão e Críticas**, v. 25, n. 1, p. 89-95, 2012.

VASCONCELOS, F. C. Teorias em Estratégia. Relatório de Pesquisa nº 5/2002. **Núcleo de Pesquisas e Publicações.** Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2932/P00221_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 mar. 2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4^a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – Adaptações no roteiro do grupo focal

Nº Questão	Versão	Forma
1 Satisfação dos Stakeholders	Pré Qualificação Orientada	Quem são as pessoas ou instituições mais relevantes para o funcionamento do hospital e o que eles querem e precisam?
		Quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital? O que cada um deles precisam do Hospital?
		O que eles esperam receber do Hospital (em que tipo de retorno formal / siga norma / relatório / pagamento em dia)?
		Como o Hospital / Você verifica se esta pessoa / instituição está sendo atendida? Como mede a satisfação destas pessoas e instituições?
	Especialistas	Quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital? O que cada uma destas pessoas ou instituições precisam do Hospital Lacan?
		Que tipo de retorno estas pessoas ou instituições querem? Por exemplo, só relatório ou rendimento ou pagamentos em dia?
		Como sabe que estas pessoas e instituições estão sendo bem atendidas?
		Como mede a satisfação destas pessoas e instituições? Ou não mede?
	Finais	Quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital? O que cada uma destas pessoas ou instituições precisam do Hospital Lacan?
		Que tipo de retorno estas pessoas ou instituições querem? Por exemplo, só relatório ou rendimento ou pagamentos em dia?
		Como sabe que estas pessoas e instituições estão sendo bem atendidas?
		Como mede a satisfação destas pessoas e instituições? Ou não mede?
	Respondida	Quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital? O que cada uma destas pessoas ou instituições precisam do Hospital Lacan?
	Como sabe que estas pessoas e instituições estão sendo bem atendidas?	
2 Contribuição dos Stakeholders	Pré Qualificação	Como gestores do hospital o que querem e precisam destas pessoas e instituições importantes que relacionam com os Senhores?
		A - Como gestores do hospital, o que vocês precisam em termos de normativos destas pessoas e instituições importantes que relacionam com os Senhores?
	Orientada	B - Como gestores do hospital, o que vocês querem destas pessoas e instituições importantes que relacionam com os Senhores?
		C – O que Vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas são atendidos (por exemplo: alvará, qualidade do serviço prestado)?

	<p>Especialistas</p> <p>Finais</p> <p>Respondida</p>	<p>A - Como gestores do hospital, o que vocês querem destas pessoas e instituições?</p> <p>B - Como gestores do hospital, o que vocês precisam em termos normativos (contrato, regulação, lei, entre outros) destas pessoas e instituições?</p> <p>C- O que Vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas e instituições são atendidos?</p> <p>Como gestores do hospital, o que vocês querem destas pessoas e instituições?</p> <p>Como gestores do hospital, o que vocês precisam em termos normativos (contrato, regulação, lei, entre outros) destas pessoas e instituições?</p> <p>O que Vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas e instituições são atendidos (por exemplo: alvará, qualidade do serviço prestado)?</p> <p>Como gestores do hospital, o que vocês querem destas pessoas e instituições?</p> <p>Como gestores do hospital, o que vocês precisam em termos normativos (contrato, regulação, lei, entre outros) destas pessoas e instituições?</p> <p>O que Vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas e instituições são atendidos (por exemplo: alvará, qualidade do serviço prestado)?</p> <p>Vocês respondem aos Conselhos de classe. Eles liberam alguma certificação depois que são atendidos?</p>
<p>3</p> <p>Estratégias</p>	<p>Pré Qualificação</p> <p>Orientada</p>	<p>Quais as ações os senhores tem colocado em prática para satisfazer tanto as necessidades do hospital como as necessidades destas pessoas e instituições que são importantes para o funcionamento e prosperidade do Hospital Lacan?</p> <p>Como o Hospital Estabelece seus objetivos anualmente?</p> <p>Como alinham os objetivos do hospital com os objetivos de seus departamentos específicos?</p> <p>Quem estabelece os objetivos do Hospital?</p> <p>Vocês tem participação na elaboração dos objetivos do hospital?</p> <p>Como participa?</p> <p>Vocês acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?</p> <p>Vocês têm uma visão de longo prazo nos objetivos de vocês?</p> <p>Com estes objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidos?</p> <p>Vocês priorizam atender algumas destas pessoas ou instituições?</p> <p>Quais as ações os senhores tomam para garantir que estes objetivos estão sendo atendidos? (exemplo: controladoria, indicadores)</p> <p>Que indicadores vocês usam para fazer este controle do cumprimento ou não destes objetivos para cada um daqueles considerados importantes?</p>

	<p>Especialistas</p>	<p>Como o Hospital estabelece seus objetivos anualmente?</p> <p>Como Vocês alinham os objetivos do hospital com os objetivos de seus departamentos específicos?</p> <p>Quem estabelece os objetivos do Hospital?</p> <p>Vocês tem participação na elaboração dos objetivos do hospital?</p> <p>Como participa? De maneira direta ou indireta?</p> <p>Vocês acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?</p> <p>Com estes objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidos?</p> <p>Que indicadores vocês usam para fazer este controle do cumprimento ou não destes objetivos para cada um daqueles considerados importantes?</p>
	<p>Finais</p>	<p>Como o Hospital estabelece seus objetivos anualmente?</p> <p>Como Vocês alinham os objetivos do hospital com os objetivos de seus departamentos específicos?</p> <p>Quem estabelece os objetivos do Hospital?</p> <p>Vocês tem participação na elaboração dos objetivos do hospital?</p> <p>Como participa? De maneira direta ou indireta?</p> <p>Vocês acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?</p> <p>Com estes objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidos?</p> <p>Que indicadores vocês usam para fazer este controle do cumprimento ou não destes objetivos para cada um daqueles considerados importantes?</p>
	<p>Respondida</p>	<p>Como o Hospital estabelece seus objetivos anualmente?</p> <p>Quem estabelece os objetivos do Hospital?</p> <p>Parece que tem objetivos maiores que o Hospital define, mas tem também tem os objetivos dos setores, que são vocês que definem. É isto mesmo?</p> <p>Os objetivos dos setores mudam muito, estes objetivos maiores também mudam?</p> <p>Mas vocês não participam de forma indireta (na elaboração dos objetivos do hospital)?</p> <p>Vocês acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?</p> <p>Com estes objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidos?</p> <p>Que indicadores vocês usam para fazer este controle do cumprimento ou não destes objetivos para cada um daqueles considerados importantes?</p>

4 Processos	Pré Qualificação	Que processos ou procedimentos os senhores colocam em prática no dia a dia de trabalho para satisfazer as necessidades e vontades do Hospital Lacan e destas pessoas e instituições que são importantes para o funcionamento da empresa?
	Orientada	<p>Quem define os processos chaves ou prioritários de cada área?</p> <p>Quais os processos são fundamentais para seu departamento funcionar?</p> <p>Quem define quais os processos-chave?</p> <p>Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?</p> <p>Como se elaboram os indicadores?</p> <p>Como se verifica que os indicadores continuam válidos?</p>
	Especialistas	<p>Quem define os processos chaves ou prioritários de cada área?</p> <p>Quais os processos são fundamentais para seu departamento funcionar?</p> <p>Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?</p> <p>Como elaboram os indicadores?</p> <p>Como se verifica que os indicadores continuam válidos ao longo do tempo?</p>
	Finais	<p>Quem define os processos prioritários de cada área?</p> <p>Quais os processos são fundamentais para seu departamento funcionar?</p> <p>Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?</p> <p>Como elaboram os indicadores?</p> <p>Como se verifica que os indicadores continuam válidos ao longo do tempo?</p>
	Respondida	<p>Quem define os processos prioritários de cada área?</p> <p>Quais os processos são fundamentais para seu departamento funcionar?</p> <p>Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?</p> <p>Como elaboram os indicadores?</p> <p>Então ocorre um aprendizado: acontece uma situação nova, é passado um novo indicador para a equipe, que segue?</p> <p>Como se verifica que os indicadores continuam válidos ao longo do tempo?</p>
5 Capacidades	Pré Qualificação	Que capacidades ou recursos os Senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficazmente e mais eficientemente?
	Orientada	<p>Que capacidades ou recursos os Senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficazmente e mais eficientemente?</p> <p>O RH define o perfil dos funcionários?</p> <p>Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se poder realizar com excelência os processos-chave definidos anteriormente?</p> <p>Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?</p> <p>Existe um controle para verificar se essas habilidades estão sendo incorporadas pelos profissionais do hospital?</p> <p>As áreas tem os conhecimentos específicos para realizar as atividades fundamentais?</p>

	Especialistas	<p>Que capacidades ou recursos os Senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficientemente?</p> <p>O RH define o perfil dos funcionários? O RH do Lacan ou o central?</p> <p>Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se poder realizar com excelência os processos definidos anteriormente?</p> <p>Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?</p> <p>As áreas têm os conhecimentos específicos para realizar as atividades fundamentais? Se não tem, estão desenvolvendo?</p>
	Finais	<p>Que capacidades ou recursos os Senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficientemente?</p> <p>O perfil dos funcionários é definido pelo RH do Lacan ou pelo central?</p> <p>Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se poder realizar com excelência os processos definidos anteriormente?</p> <p>Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?</p> <p>As áreas têm os conhecimentos específicos para realizar as atividades fundamentais? Há a educação continuada para suas equipes?</p>
	Respondida	<p>Que capacidades ou recursos os Senhores precisam para fazer os processos funcionarem mais eficientemente?</p> <p>O perfil dos funcionários é definido pelo RH do Lacan ou pelo central?</p> <p>Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se poder realizar com excelência os processos definidos anteriormente?</p> <p>Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?</p> <p>As áreas têm os conhecimentos específicos para realizar as atividades fundamentais? Há a educação continuada para suas equipes?</p> <p>Porque (a equipe de enfermagem) tem grande rotatividade?</p> <p>Os seus colaboradores (da psicologia) fazem o que (para se manter em dois empregos), têm flexibilidade de horário?</p>

APÊNDICE B – Descrição da Entrevista com o Diretor
(Participante 1 - P1)

ENTREVISTA COM DIRETOR

Dia 08/11/2013

Ator entrevistado: MD Antônio Carlos Justino Cabral

Discente: Hewdy Lobo Ribeiro

Prezado Senhor Diretor do Hospital Lacan do Grupo Saúde Bandeirantes Antônio Carlos Justino Cabral, eu Hewdy Lobo Ribeiro, aluno do Programa de Pós-graduação do Mestrado em Administração da Universidade Paulista venho solicitar a permissão para realizar esta Entrevista com o objetivo de contribuir para a Pesquisa de Campo como parte da elaboração de Dissertação do Mestrado.

Informo que os dados coletados do conteúdo da sua entrevista serão usados para a dissertação e elaboração de outros possíveis conteúdos como artigos e outros conteúdos de construção de conhecimentos científicos.

1 – O Senhor permite esta entrevista, uso de seu nome, citação do nome da instituição onde trabalha e divulgação do conteúdo desta entrevista com finalidades científicas?

Sim.

2 – O Senhor confirma que entendeu o propósito desta Entrevista?

Sim.

3 – Qual sua profissão e atuação no Hospital Lacan de São Bernardo do Campo?

Médico Psiquiatra e diretor deste Hospital Lacan há aproximadamente sete anos, tendo iniciado quando ainda era o Centro Psiquiátrico;

4 - Resumidamente como é sua história administrativa no Hospital Lacan?

Eu sempre gostei muito de gestão, apesar de não ter concluído totalmente um curso de MBA. Desde que formei há aproximadamente 20 anos na Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (USP) e fiz Residência Médica em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da USP, naturalmente fui convidado para dirigir ambulatórios e serviços públicos de saúde mental em cidades da Grande São Paulo.

Em 2007 eu decidi que tendo esta vocação de administrador queria prosperar para administrar Hospital Psiquiátrico, daí levantei uma lista dos Hospitais Psiquiátricos da Grande São Paulo.

Fiz contatos diretos com os proprietários e diretores de alguns e coincidentemente os donos do Hospital Centro Psiquiátrico, agora Hospital Lacan, que não eram psiquiatras estavam interessados em contratar um diretor com formação em psiquiatria, tanto por questões burocráticas e legais como para ajudar encontrar saídas, dentro das necessidades da psiquiatria, para a crise financeira que este tipo de hospital vinha passando já de longa data, assim como a maioria dos hospitais desta especialidade já passam por muito tempo.

Assumi a direção do Hospital Centro Psiquiátrico em 2007 e além de resolver questões administrativas específicas que só médico especialista em psiquiatria podia resolver, os proprietários perguntavam sugestões, também, de como sair da crise financeira com serviços novos de psiquiatria. Eu por conhecer de legislação de psiquiatria expliquei que hospitais clínicos que assumissem leitos de psiquiatria do Sistema Único de Saúde podiam amortecer impostos. Então expliquei que uma saída era ofertar o Centro Psiquiátrico para venda a hospitais clínicos com este interesse de redução de tributação. Novamente como faço listei hospitais clínicos que poderiam interessar. Contribuí efetivamente para que o Centro Psiquiátrico fosse vendido para o Grupo Saúde Bandeirantes que tinha este interesse de adquirir leitos de psiquiatria para reduzir tributos dos outros hospitais clínicos da rede de hospitais deles.

O Grupo Saúde Bandeirantes adquiriu o Centro Psiquiátrico onde eu já era diretor e convidaram-me para continuar com este cargo, eu logicamente aceitei com muito prazer até porque tinha participado de todas as etapas da negociação.

Logo depois dos Executivos do Grupo Saúde Bandeirantes mudarem o nome da instituição para Hospital Lacan começaram a me perguntar como podiam além de

beneficiarem com a redução de impostos, também tirar o hospital do vermelho financeiro.

Eu por conhecer as necessidades da saúde mental disse que precisávamos reformar uma das alas do Hospital Lacan e ofertar ao mercado de internação particular, de planos de saúde ou outros contratantes governamentais. Os executivos aceitaram minha sugestão e fizemos a reforma com investimento importante e na expectativa de obter lucros depois.

Em 2009 já com a reforma pronta e com disponibilidade de ofertar para o mercado, soube que o Governo do Estado de São Paulo através da Secretaria de Estado da Saúde havia planejado contratação de leitos de internação para portadores de dependência química e novamente participei ativamente das negociações para efetivar este novo contrato com o Governo. Sinto privilegiado de termos sido o primeiro local inaugurado pelo Governo do Estado de São Paulo para atender esta demanda prestação de serviços tão importante.

Modéstia a parte, minha gestão compartilhada com outro diretor que é o grande companheiro João Luiz e com uma equipe de profissionais muito qualificada, teve o reconhecimento do contratante Governo do Estado de São Paulo e os leitos contratados foram quadruplicados e o Hospital Lacan passou trabalhar no azul financeiro há quase dois anos.

Então esta é minha história que começa com minha organização mental, risos, de assumir a direção de um hospital psiquiátrico e participar ativamente com muitas outras pessoas competentes para que este hoje seja considerado um exemplo de sobrevivência lucrativa deste tipo serviço de saúde que foi fechado em grande número no Brasil inteiro por inviabilidade de sobrevivência financeira.

5 – Como foi seu planejamento para cada uma das etapas de mudança do Hospital Lacan desde que assumiu a direção?

Como médico psiquiatra eu sempre preocupei de estudar além do processo de adoecimento mental, também, o contrário, ou seja, quis permanentemente saber como deve ser o modo de pensar de forma saudável para atingir os propósitos ou para resolver os problemas em qualquer área de necessidade.

Então tanto para encontrar um hospital que eu pudesse atuar como diretor, tanto para mudar cada uma das fases financeiras que já relatei, de maneira organizada eu pegava minha agenda, em 2007 ainda usava de papel e anotava o desejo ou problema. Depois listava possíveis meios de resolver aquela necessidade baseando-se nos meus conhecimentos prévios como de legislação e nos meus relacionamentos profissionais construídos de longa data, e logo em seguida tanto pessoalmente ou através de meus competentes colegas de trabalho e tendo a credibilidade dos excelentes executivos do Grupo Saúde Bandeirantes eu colocava tudo aquilo em prática e com prazos para atingir ou para rever os meios de atingir o que havia planejado. Felizmente, as coisas estão indo muito bem, apesar de muito desgaste, inclusive, infelizmente, da minha saúde. Agora, como já estamos com as contas no azul, estou respirando melhor e poderei cuidar mais de mim sem tirar a mente do Hospital.

6 – O Senhor fala de relacionamentos pessoais e profissionais. Como isto ajudou ou atrapalhou para conseguir esta transformação do Hospital Lacan?

Eu acho que meus relacionamentos muito mais ajudaram que atrapalharam. Por exemplo, quando eu procurei o Centro Psiquiátrico para trabalhar eu já tinha nome como administrador de serviços de saúde pública cujos colegas destes locais confirmavam minha habilidade para resolver problemas administrativos, além dos clínicos. Quando passei a relacionar com os executivos do Grupo Saúde Bandeirantes tive total sintonia com eles e faço questão de frisar que aprendi muito de administração com estes e até falo que esta convivência foi como um MBA para mim. Também quando fomos fechar contrato com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo o fato de eu conhecer e admirar de longo prazo o Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira que participava da elaboração deste Projeto Governamental de Tratamento de Dependentes Químicos foi importantíssimo para efetuarmos este contrato de prestação de serviços.

7 – Atualmente quem são as instituições e pessoas que influenciam o funcionamento do hospital e o seu trabalho tanto de maneira positiva como negativa, bem como internamente como externamente ao hospital?

De maneira negativa prefiro não falar e felizmente são poucos.

De maneira positiva felizmente são muito mais pessoas e instituições.

Eu cito em primeiro lugar os pacientes e familiares, porque mesmo tendo cargo de diretor eu nunca deixei de preocupar com a qualidade do atendimento para a melhor assistência possível dos pacientes e familiares. Fico feliz de ter infinitamente mais elogios registrados do que reclamações.

Logicamente que o fato do Hospital Lacan pertencer ao Grupo Saúde Bandeirantes faz com que estejamos permanentemente dando satisfação do nosso trabalho para os executivos da matriz que fica na Cidade de São Paulo.

Também o João Luiz que ocupa cargo diretivo e faz a parte operacional de forma invejável.

As Equipes de Profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos com os quais relaciono muito bem, porque somos rigorosos na seleção para minimizar desgastes depois da contratação. Além disso, faço questão de fazer reunião periódica com estes profissionais para supervisioná-los sobre questões clínicas e legais, já que nossa especialidade médica tem grande intersecção com questões jurídicas.

Eu por ter atuado muito com trabalho de perícias médicas sempre gostei muito do contato pessoal com Juízes e Promotores, desta forma eu e o João Luiz fazemos visitas pessoais frequentes para estas autoridades para dar satisfação do que temos feito para os pacientes internados por ordem judicial, como também para aprender mais de leis que repercutam nas prestações de serviços da saúde mental.

A vigilância Sanitária nos fiscaliza com muito rigor e felizmente durante estes anos da nossa gestão procuramos fazer o máximo possível de adaptações para atender todas as normas. No momento não me lembro de mais nada que precise ser adaptado.

O Ministério da Saúde nestes anos que estou na gestão fez apenas duas visitas técnicas agendadas e não teve grandes problemas detectados e logo depois que passaram as orientações também buscamos resolver com celeridade.

Esta nossa localização em São Bernardo do Campo que é berço do sindicalismo me fazia ter preocupação com o grau de interferência que estas instituições poderiam

fazer, mas apenas o Sindicato dos Enfermeiros faz algumas visitas pontuais e outros sindicatos nem me recordo de ter vindo nos visitar.

Como agora estamos internando menores portadores de dependência química eu achava que iríamos ter muitas visitas de Representantes do Conselho Tutelar ou do Juizado da Infância e Adolescência, mas isto não ocorreu e eu atribuo isto ao tempo que estamos construindo nossa credibilidade ao longo dos anos.

Eu deixei para falar do Governo do Estado de São Paulo por último, porque este é o contratante que nos permitiu mudar a história financeira do Hospital Lacan e de forma muito justa como responsáveis pelos gastos públicos faz controle rigoroso dos encaminhamentos de pacientes e das altas, bem como reuniões periódicas para verificação da taxa de ocupação dos leitos contratados.

8 – O Senhor sentiria a vontade para dividir as instituições, pessoas e profissionais que relacionam com o Hospital Lacan por nível de influência direta no dia a dia do seu trabalho de gestor?

Eu sempre vou achar que em primeiro lugar vai estar o paciente e a família, desta forma volto a falar como já fiz, eu não esqueci do paciente nunca, apesar de estar na função de diretor. Então quando recebo reclamação vinda tanto por escrito como por informação de um dos profissionais, eu paro o que estiver fazendo administrativamente para priorizar a questão clínica e médica. Lembro-me de um dia que estava tendo uma discussão entre profissionais se iriam ou não encaminhar uma paciente gestante para avaliação em outro hospital. Quando eu soube que esta discussão não chegava a um consenso em interferi imediatamente para a melhor e mais rápida decisão. Eu ajo imediatamente quando tem necessidades não atendidas dos pacientes, porque estes de fato são decisivos para nossa existência como instituição e como profissionais de saúde.

Como somos desta empresa dentro de um Grupo, eu juntamente com o João Luiz damos satisfação constante para os Executivos da sede em São Paulo, tanto do que estamos fazendo como para solicitar ajuda como para compra de novos medicamentos, por exemplo.

O fato de termos grande número de pacientes internados por ordem judicial, eu priorizo acompanhar com a Assistente Social Geisa como está o andamento de cada

um destes casos e dando satisfação sem perda de prazo para Juízes, em especial do Juizado da Infância e Adolescência, e Promotores.

A Vigilância Sanitária é o fiscalizador mais assíduo, com ênfase nos processos de dispensação de medicamentos da farmácia que são muito regulados por serem de receituário de controle especial.

Os funcionários eu só tenho a agradecer por prestarem serviços maravilhosos e sinto muito privilegiado com as Equipes que tem trabalhando conosco.

Os sindicatos eu acha que iam ter participação muito ativa e acabaram não tendo tanto, até agora.

Alguns departamentos, também demandam mais atenção da minha parte como o atendimento direto dos pacientes e familiares que é feito pela recepção, o serviço de nutrição e dietética que fornece seis refeições por dia e não consegue obviamente atender todos desejos alimentares de tantas pessoas internadas e a enfermagem que tem o maior número de funcionários para atendimento direto e 24 horas por dia dos pacientes internados e dos familiares que podem fazer visitas diárias de seus familiares internados.

9 – Como acompanham as mudanças destas fases financeiras do hospital.

Eu divido em fase financeira de déficits e fase de azul dos balanços. Acho que esta mudança é que mais importa e porque está garantida por contratos assinados por mais dois anos com a Secretaria Estadual de Saúde e inclusive com chances reais de contratarem ainda mais leitos para nossa prestação de serviços.

10 - Posteriormente esta pesquisa será ampliada e desejo saber se poderemos continuar contando com sua contribuição para responder novas perguntas.

Lógico e com maior prazer.

Antônio Carlos Justino Cabral

Diretor

CREMESP 76.695

APÊNDICE C – Descrição do grupo focal

Grupo Focal

Introdução

No dia 14 de janeiro de 2014, às 08:40 da manhã, o pesquisador Hewdy Lobo realizou o Grupo Focal como coleta de dados para seu Mestrado em Administração. Hewdy Lobo é psiquiatra, e trabalha no Hospital Lacan, o caso que estuda em sua pesquisa. O grupo aconteceu na sala de reuniões do Hospital Lacan, que possui uma mesa retangular com cadeiras ao redor. As quatro participantes do grupo foram suas colegas de trabalho, Responsáveis Técnicas dos departamentos de Enfermagem (Marcelle – P3), Psicologia (Roseli - P2), Serviço Social (Joana – P4) e Recepção (Jéssica – P5). As participantes foram recrutadas a partir dos resultados da Entrevista em Profundidade realizada com o Diretor Clínico do Hospital, que as identificou como as principais stakeholders internas da instituição, representando um grupo homogêneo em termos de formação acadêmica, gênero, responsabilidades e papéis dentro do hospital.

Para o Grupo Focal foi preparado um café da manhã, que foi oferecido antes do início das discussões, e esteve à disposição durante todo o procedimento.

O ambiente do grupo estava tranquilo e descontraído, uma vez que as participantes e o moderador já se conheciam.

Para a realização do Grupo Focal, uma auxiliar (Carolina) foi convidada para uma moderação dual, para garantir tanto um decorrer sem intercorrências, enquanto o pesquisador/moderador garantia a discussão dos temas necessários.

Início

O pesquisador/ moderador Hewdy Lobo agradeceu a presença de todas as participantes, ressaltando a importância da participação neste estudo. O moderador apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido, leu com as participantes

que assinaram e entregaram uma das vias, consentido com a pesquisa e com a gravação do grupo. Foi explicada a pesquisa de Mestrado do moderador. O moderador explicou a natureza do grupo focal, como é o funcionamento em geral, como seria sua postura e seu papel, além de ter esclarecido que não havia respostas certas ou erradas.

O andamento do grupo seguiu com as perguntas disparadoras previamente elaboradas sendo apresentadas, com todas as participantes dando suas opiniões de forma tranquila e motivada. Todas pareciam dispostas a ajudar na pesquisa e colaborar com informações sobre seu próprio setor e hospital. Outras perguntas foram elaboradas no decorrer do grupo em decorrência da fala das participantes.

Satisfação dos Stakeholders

Hewdy: Na opinião de vocês, quem são as pessoas ou instituições mais importantes para o funcionamento do hospital?

P2: Na minha opinião para o hospital possa funcionar ele precisa dos pacientes, que não são só fonte de trabalho e mas de renda. E nós temos a organização, que vai desde direção até os funcionários que atendem os paciente, da limpeza e os órgãos que nos remunera, como a secretaria de estado da saúde e o SUS.

Mais especificamente P3 disse:

P3: na minha opinião, como sou da enfermagem, e a equipe de enfermagem é a mais importante, pois está na linha de frente e tem maior observação, mais tempo com os pacientes.

Em concordância com a P2, balançando a cabeça em concordância e olhando para a P2, P5 disse:

P5: concordo com a P2, na minha opinião as pessoas mais importantes são os pacientes, depois as famílias que fazem o acompanhamento e as instituições como secretaria da saúde e SUS.

Em complemento à P2, P5 colocou:

P5: E no caso o meu setor de atendimento é o que tem a maior responsabilidade, por realizar o primeiro atendimento, ser a porta de entrada. Se o paciente não é bem atendido, o familiar pode até tirar o paciente do hospital.

Em concordância com P2, P5, e P3, fechando o consenso, P4 disse:

P4: eu também acho que o mais importante para o hospital sem dúvida é o paciente, que é ele que gera toda rede de trabalho. A enfermagem é fundamental, é quem cuida 24 horas do paciente com a ajuda da equipe multiprofissional. E temos também as instituições que nos encaminham pacientes das quais dependemos por nosso hospital não ser porta aberta, é um conjunto de coisas.

Hewdy: E o que vocês acham que cada uma destas pessoas ou instituições precisam do Hospital Lacan?

P4 tomou a iniciativa de iniciar esta discussão:

P4: as entidades que buscam o hospital e trazem pacientes precisam de vagas; os profissionais precisam de uma estrutura mínima para o trabalho.

Em concordância e complementando P4, P5 falou:

P5: no caso os pacientes precisam ser bem recebidos com atendimento humano, as famílias também. As instituições precisam de vagas e bom atendimento.

P3 complementou:

P3: os funcionários precisam ser reciclados, treinados, e de ferramentas para o trabalho.

P2 especificou o que foi falado pelas outras participantes, finalizando esta discussão com um consenso:

P2: os pacientes precisam do atendimento da equipe multiprofissional, e as instituições precisam deste trabalho de atendimento aos pacientes, e como a P4 falou, das vagas que a gente oferece. Os profissionais precisam de ambiente

satisfatório para trabalhar, e de educação continuada que o hospital tem feito, e remuneração de acordo com sua função.

Após a fala da P2, as participantes se sentiram a vontade para iniciar a próxima discussão.

Hewdy: Que tipo de retorno estas pessoas ou instituições querem? Por exemplo, só relatório ou rendimento ou pagamentos em dia?

As participantes consideraram as perguntas redundantes.

Hewdy: Como sabe que estas pessoas e instituições estão sendo bem atendidas?

P2 inicia a discussão:

P2: Ah! Os pacientes a gente percebe pelos elogios das famílias, quando a família vem às visitas, quando o paciente adere ao projeto terapêutico e às atividades sugeridas; as instituições pelo aumento do numero de vagas que aumentou, isto significa que estão gostando do nosso trabalho. P3, como você vê isto na enfermagem?

P3: como o público da enfermagem é um pouco queixoso, a gente percebe quando a pessoa fica menos queixosa, pelo baixo índice de absenteísmos, redução de faltas, pela qualidade do atendimento aos clientes; colaborador está grato e vestindo camisa. É uma demonstração que está sendo bem atendido.

P2 balança a cabeça demonstrando que compreendeu.

P5 começa a falar, em concordância com P2:

P5: na minha opinião é como a P2 disse, são os elogios diários que recebemos das famílias; e da instituição, o aumento do numero de leitos.

P4: é, a gente percebe isto que a P2 e a P5 disseram sobre as famílias, pois elas trazem este retorno nas reuniões de famílias, e os pacientes verbalizam nos atendimentos sociais; e as instituições valorizam nosso trabalho e o hospital com a

oportunidade de encaminhar mais pacientes, firmar mais contratos e pela ausência de critica.

As participantes sinalizaram através de gestos que a fala de P4 representava o que pensavam.

Hewdy: Como se mede a satisfação destas pessoas e instituições? Ou não mede?

As participantes consideraram que já falaram sobre esta questão, que ficou redundante.

Contribuição dos Stakeholders

Hewdy: Como gestoras do hospital, o que vocês querem destas pessoas e instituições?

P4 perguntou se poderia começar falando sobre esta questão, as participantes a incentivaram:

P4: a gente espera que eles reconheçam o trabalho que está sendo realizado, que dentro das possibilidades é de qualidade e sério. Que as instituições e pessoas entendam que está sendo feito de forma séria.

P5 concordou, mas não complementou, fazendo gesto de que não sabia muito bom como responder a esta pergunta:

P5: reconhecimento através de elogios, mas não necessariamente.

Hewdy pergunta se de alguma outra forma, P5 responde que não.

P3: concordo que queremos o reconhecimento, mas em relação à minha equipe o que eu quero deles é que eles tenham comprometimento, responsabilidade, amor pelo que fazem e uma visão holística, que consigam visualizar o outro lado do que os pacientes necessitam, que entendam o paciente. Se eles cumprirem isto, o trabalho com certeza será reconhecido, tanto pelas instituições que nos encaminham, como pela direção.

P2: complementando a P3 que falou dos funcionários, mais especificamente sobre os pacientes, o que a equipe da psicologia espera dos pacientes é que eles consigam aderir ao tratamento e seguirem em tratamento ambulatorial, e sem reinternação. E quanto às instituições, complementando a P4 e a P5, seria o reconhecimento do nosso trabalho para aumentar vagas, e ensinar outros sobre o trabalho realizado aqui, e não só elogio.

Hewdy: Ótimo! E como gestoras do hospital, o que vocês precisam em termos normativos (contrato, regulação, lei, entre outros) destas pessoas e instituições?

P2: acho que posso começar falando por todas, primeiro, para o hospital poder funcionar precisamos estar de acordo com Ministério da Saúde e passar pelo PNASH, e precisamos do alvará da Vigilância Sanitária, senão não podemos ter contrato com lugar nenhum; fora isto, no caso da Psicologia, eu passo pela fiscalização do Conselho de Psicologia, então tem que estar de acordo com as normativas do conselho; e para cada instituição que tem contratos, são contratos administrativos que só podem ser concluídos se tiver passado por avaliação, e estiver tudo ok com a Vigilância Sanitária.

Balançando a cabeça afirmativamente para a fala de P2, P3 complementa:

P3: na minha área são milhares de contratos, na verdade regulação: contrato COREN, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, contratos de Normas de Rotinas e Procedimentos, e muitas outras.

P5 reflete:

P5: no caso no meu setor não tem muitas normas, os pacientes e famílias chegam, tomamos as condutas entra a gente, e atendemos à todos; em relação às instituições, normas de vagas e leitos, e de censo hospitalar que começa lá na recepção.

P3: P4, o serviço social tem algo específico?

P4: para o serviço social trabalhar foca no contrato que é firmado entre Hospital e instituições contratantes, para concessão de vagas e liberação estamos atentos a estes contratos. Em casos Judiciais, que trabalhamos com pacientes judiciais, precisamos estar focado no que o juiz determina que seja feito com o paciente, em

termos de tempo e prazo de internação. Temos a Promotoria que rege os termos das internações involuntárias, e a gente presta obediência em estar informando sobre a entrada do paciente, da alta do paciente, nós temos um período de cumprimento desta determinação, para não sermos cobrados nem penalizados. Temos que cumprir com as regulamentações do PNASH, do CRAS do Município; do CRESS o conselho do serviço social, somos regidos por isto externamente, e internamento temos o nosso Projeto Terapêutico, que é importantíssimo.

Todas olham afirmativamente para P4, demonstrando estar respondida por completo à questão e que poderiam passar para a próxima discussão.

Hewdy: O que Vocês de fato recebem como resultado quando os interesses das pessoas e instituições são atendidos (por exemplo: alvará, qualidade do serviço prestado)?

P4 verbaliza que P2 e P3 sabem mais sobre isto.

P3: o hospital tem o alvará de funcionamento, e tem a qualidade do serviço prestado. Está em dia com normas. A P2 pode complementar.

P2: o hospital está em dia de acordo com o PNASH, está de acordo com as normas para Hospitais Psiquiátricos, para estrutura física, como cada setor estrutura seu trabalho.

Carolina: Vocês respondem aos Conselhos de classe. Eles liberam alguma certificação depois que são atendidos?

P2: como que aconteceu: o hospital se registrou no conselho, e eu estou registrada por 5 anos como responsável técnica e recebemos duas fiscalizações, em que foi realizado um roteiro que foi verificado o que estava ok, e se estava tudo em dia: o nosso trabalho, o projeto terapêutico, as instalações, o alvará, tudo isto. O CRP dá o ok no mesmo dia.

Carolina: e o hospital está com tudo em dia?

P2: Graças a Deus sim.

Risos.

P3 complementa:

P3: da enfermagem tem o COREN, a preocupação do COREN é em relação ao pessoal, querem que cumpra com as horas, e número de pacientes por profissional.

P5 complementa:

P5: na verdade no meu setor recebemos os retornos dos Diretores, recebemos os resultados por eles; e das instituições não sei.

Todas compreendem que podem passar para a próxima discussão.

Estratégias

Hewdy: Como o Hospital estabelece seus objetivos anualmente?

P2 precisou sair e retornou.

P5: de acordo necessidades, é no dia a dia mesmo, e com reuniões com RT mensais, e fazemos reuniões informais pelo excesso de trabalho.

P4 explica:

P4: eu concordo e eu acredito que estes objetivos não podem ser de longo prazo porque está o hospital está em processo de mudança de perfil, que antes era um hospital psiquiátricos que atendia poucos casos de dependência química, e agora é um hospital que atende muitos casos de dependência química e alguns poucos de outros transtornos mentais, inverteu o perfil, está mudando o perfil do nosso cliente, e precisamos todos os dias realinhar os objetivos, readequar os funcionários; então este objetivo tem que ser de curto prazo, revisto periodicamente; o serviço social tem reunião de acordo com necessidades, semanalmente até diariamente.

P3 diz estar de acordo com necessidades.

P2 especifica:

P2: sim, no setor de psicologia também é assim, mensalmente após reunião de RT eu faço uma reunião com equipe para passar o que se deve priorizar no mês, e

também para ver qual a necessidade de cada psicólogo dentro de sua equipe, então os objetivos mudam, a população que chega muda, alinhamos todo mês.

Hewdy: Como Vocês alinham os objetivos do hospital com os objetivos de seus departamentos específicos?

Participantes dizem que já responderam.

Hewdy: Quem estabelece os objetivos do Hospital?

Todas respondem que é de cima para baixo.

Carolina: Parece que tem objetivos maiores que o Hospital define, mas tem também tem os objetivos dos setores, que são vocês que definem. É isto mesmo?

P2: sempre tem os objetivos do hospital, sempre de qualquer forma precisamos atender os objetivos maiores da direção. De alguma forma precisa fazer a transição para os objetivos do setor, da equipe técnica.

Outras participantes concordam.

Carolina: Os objetivos dos setores mudam muito, estes objetivos maiores também mudam?

P2: Não, existe um objetivo maior, mas como recebemos interferências externas nos objetivos, precisamos mudar a forma de ação para aquele momento. O que muda não é o objetivo maior, mas a forma de ação. Por exemplo, se surge uma necessidade da Secretaria de Saúde, precisamos atender.

Outras participantes concordam.

Hewdy: Vocês tem participação na elaboração dos objetivos do hospital?

Participantes consideraram a questão redundante, pois os objetivos são definidos de cima para baixo.

Carolina: Mas vocês não participam de forma indireta?

P2: o hospital tem um objetivo por exemplo de aumentar o contrato com a secretaria para aumentar vagas para dependência química. O setor e psicologia vai trabalhar para que isto aconteça, vai adequar um projeto terapêutico com o que tem de mais moderno neste cenário, para que a gente seja contratado. Funciona desta forma. Então nem é forma direta nem indireta, de certa forma eles tem um objetivo, mas precisam que a gente atue também. Se não fazemos um bom projeto, não conseguimos nada. Principalmente no meu setor que trabalhamos muito nesta área, se não temos um bom projeto adequado, você não consegue um bom contrato.

Outras participantes concordam.

Hewdy: Vocês acham que existe uma visão de longo prazo nos objetivos que são estabelecidos?

P4: sim, apesar de serem firmados a curta prazo, o desejo é que seja mantido.

P5: sim, complementando a P4, existem objetivos de longo prazo pré-estabelecidos para o andamento do hospital.

P3: os objetivos maiores visam o longo prazo sim.

P2: concordo.

Participantes balançam a cabeça em consenso.

Hewdy: Com estes objetivos gerais estabelecidos da última vez, quais pessoas ou instituições estão sendo mais atendidos?

P4: vou dar exemplo, recentemente foi criada aqui no hospital uma unidade de adolescentes, quem solicitou estas vagas foi DSR I – internação judicial compulsória, eles tinham uma demanda grande e não tinham vagas. Quando solicitam uma vaga damos uma atenção especial, pois é uma demanda que o hospital aceitou. Por exemplo, o CRATOD que faz ação na Cracolândia, também tem atendimento do hospital mais direcionado.

P5: sim, eu penso que de forma geral as pessoas mais atendidas hoje são os pacientes, e familiares, mas é como a P4 falou através das vagas cedidas para as instituições, como o DRS I, Cratod e SES em geral.

P3: especificamente no caso da enfermagem, todos os enfermeiros recebem atendimento, mas concordo com elas que a instituição principal é a Secretaria da Saúde.

P2: o que elas já falaram, os pacientes, familiares e a Secretaria do Estado de Saúde.

Após fala de P2 ficou claro o consenso, apesar do destaque de P3 aos enfermeiros.

Hewdy: Que indicadores vocês usam para fazer este controle do cumprimento ou não destes objetivos para cada um daqueles considerados importantes?

P2: eu acho que o Serviço Social que tem mais controle desses indicadores, como período de internação e numero de altas pedidas. Como é P4?

P4: os indicadores que usamos é controle de ocupação para vagas todo dia de manhã, para prevenir ceder vaga que não existe ou deixar leitos desocupados.

P5 complementa:

P5: então, é como P4 falou, todos os dias é feito controle através das vagas e do senso hospitalar diário. Sempre tem demanda de familiares que ligam solicitando vagas, e a gente orienta através da ouvidoria, indicamos publico para onde deve ir de acordo com o contrato. E dentro do meu setor através da pesquisa que tem anualmente de controle de faltas.

P3: na enfermagem existem muitas formas de controle, através das faltas justificadas e injustificadas; controle de integração, de experiência dos contratados, e controle de treinamentos, para avaliar o que deve ser melhorado.

As outras RTs disseram que nas áreas delas também faziam este tipo de controle citado pela P3. Em consenso passaram para a próxima discussão.

Processos

Hewdy: E quem define os processos prioritários de cada área?

P4: eu acho que são as RTs de cada área que define, juntamente com os colaboradores, mas parte delas.

P5 discorda, balançando a cabeça negativamente:

P5: é no caso do meu setor, quem define os processos são os outros setores, porque normalmente não tenho normas específicas, olha tal hora é isto, tal hora é aquilo. Então é conforme as necessidades do outro eu vou ver como se comporta o meu setor.

P3 concorda parcialmente:

P3: na enfermagem, em reunião de supervisão é que é definido, a partir das opiniões e ideias da equipe, com aprovação da diretoria.

P2: no setor de Psicologia eu responsável técnica que defino, discuto com a equipe, alinho e passo pela aprovação do diretor clínico e depois de tudo isto eu ponho em prática.

Participantes entendem que cada área conta com seus colaboradores para as decisões, mas cada setor define de uma forma. Entram assim em consenso.

Hewdy: Quais os processos são fundamentais para seu departamento funcionar?

P2: cada unidade precisa de um protocolo. Na área da psicologia nós temos um protocolo de atendimento com coisas comuns a todos psicólogos, como reuniões de equipe; e específicos para unidade, como para psicoterapia de grupo, psicoterapia individual.

P3: na enfermagem nós temos as rotinas básicas, né, para todas as unidades. Praticamente as mesmas rotinas com abordagens diferenciadas, com horários diferentes e definido pela supervisão de enfermagem.

Jesssica – No meu setor é o bom atendimento, tanto telefônico como presencial, porque eu acho que sem o bom atendimento não funciona.

P4: é o protocolo mesmo, do departamento, que precisa ser seguido porque é o que garante uma uniformidade das ações, senão dá bagunça, pois um profissional dá sequencia ao trabalho de outro; seguindo fica mais fácil.

O pesquisador-moderador com o consentimento das participantes, como conceberam como satisfatórias as respostas referentes a cada setor, avançou para a próxima questão.

Hewdy: Quem define os indicadores de controle dos processos da sua área?

Todas as participantes entendem que são as Responsáveis Técnicas. P3 complementou, e as participantes concordaram:

P3: em alguns casos a diretoria intervém em alguns processos com alguma ação, mas são sempre as RTs que avaliam as necessidades e definem os indicadores.

Hewdy: Como elaboram os indicadores?

P4: eu acredito que o conselho regional da nossa área que rege algumas normas no exercício da profissão, mas estes indicadores também são direcionados para um objetivo de acordo com a unidade de internação. Então a gente precisa conhecer o perfil daquela unidade ou daquele paciente, e criar alguma coisa que tenha relação com o trabalho que deve ser desenvolvido. Se não temos estes indicadores de acordo com o objetivo fica trabalho perdido.

P5 reflete sobre seu setor especificamente, em complemento ao que P4 disse:

P5: eu acho que a gente esses indicadores são elaborados diariamente, com o dia a dia, de acordo com outros setores.

P3 concorda com o aspecto ressaltado por P5:

P3: na enfermagem também, dependendo da situação, a gente elabora diariamente de acordo com o problema, mas já tem os indicadores pré-estabelecidos e exigido pela vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, então a gente segue, né, a

mesma rotina; mas existem situações que temos que elaborar diariamente, é uma caixa de surpresa, e aí a gente já insere esse indicador novo na nossa rotina.

Hewdy: Então ocorre um aprendizado: acontece uma situação nova, é passado um novo indicador para a equipe, que segue?

Todas concordam:

P3: isso.

P4: todas áreas.

P2: eu acho que próprio seguimento do protocolo de cada unidade é um indicador, tanto que nós os modificamos de acordo com necessidades, é um controle de ação da área. E aí existe outro controle mais administrativo das Rts, no gerenciamento, como controle dos pontos, funcionário com ou sem banco de horas, se ele tem muito atraso ou não, a gente também administra.

P3 faz gesto de que este aspecto relacionado à função administrativa das RTs citado por P2 é importante e complementa:

P3: sim, tem também as escalas, e se pede demissão gera formulário de demissão, tem os formulários de trocas de horários, pedido ou não, para organizar de forma democrática.

P2 complementa:

P2: Também serve como índice o quanto o funcionário está ou não satisfeito com a instituição que trabalha, se tem muita rotatividade, por que você tem tanta rotatividade naquele setor? Dependendo do motivo da rotatividade, precisamos perceber o que precisa melhorar na instituição.

P3 complementa:

P3 : se for repetitivo leva para diretora para prevenir rotatividade.

Hewdy: Tem muita rotatividade na enfermagem?

P3: tem.

E todas as Rts concordam.

Hewdy: Como se verifica que os indicadores continuam válidos ao longo do tempo?

P2: já falei sim e vai vendo se a gente está colocando estes indicadores em prática; consegue atuar ou não; se não a gente tem que ir modificando. Se mudou paciente, a população mudou, este indicador não está mais servindo, você tem que mudar sua forma de atuação de controle.

P3 em concordância:

P3: na enfermagem é a mesma coisa; esses controles a gente vai pesar para ver o que precisa mudar ou não.

P5: no caso do nosso setor, a gente verifica diariamente, né, como é um setor que o trabalho depende de como vem até nos os pacientes e familiares; lógico que tem normas pré estabelecidas que a gente segue, mas é como eu falei, e se surge algo novo a gente tem que modificar. A gente verifica ao longo do tempo pela conduta dos funcionários, com feedback entre eu e minhas funcionárias.

P4 fala brevemente, demonstrando que concorda com o que as outras participantes disseram:

P4: muda de acordo com demanda.

Entra funcionária do hospital na sala de reuniões para avisar de fuga de uma paciente para as Responsáveis Técnicas. Participantes dão risada.

Carolina pergunta se participantes estão cansadas, se não querem fazer uma pausa. Participantes ficam mais descontraídas, dão risada, mas preferem seguir com o grupo focal.

Capacidades

Hewdy: Então, que capacidades ou recursos as Senhoras precisam para fazer os processos funcionarem mais eficientemente?

P2 ri, diz para P4 responder para dar tempo de pensar.

P4: eu acredito que a gente precisa de bastante treinamento para funcionar e falou pouco que trabalha com Equipe multiprofissional e precisamos de trabalho conjunto, sincronizado e precisa de recursos humanos para funcionar todo este processo, os protocolos. A gente precisa da parceria grande com outros departamentos e treinamento claro, né?

P5 concorda e complementa:

P5: sim, eu acho que precisamos de treinamento, e do feedback de cada um para poder mudar, um com outro, o que podemos fazer de outra forma.

P3 concorda com a cabeça e complementa:

P3: a educação continuada eu acho muito importante para estar reciclando. Acho que a educação continuada é ainda muito falha no Lacan. Deveria ter sim aqui dentro. Não é um problema da gestão da enfermagem, a gente até tenta entre a gente para a enfermagem. A instituição oferece educação continuada, mas não específica para o Lacan, é lá no prédio do Bandeirantes, o que não é interessante para a gente. Tem que acontecer aqui dentro, com a avaliação dos processos, dos indicadores, junto com a supervisão e colaboradores, focando o treinamento nas necessidades. Agora tem uma pessoa que entrou para esta parte de treinamento, pois eu como gestora não dou conta de fazer a parte de supervisão, gestão e de treinamento. É o único departamento com duas gestoras, e a Rosi vai ajudar na parte educativa; acordo de bigode.

P2 complementa o que P3 falou:

P2: bom então, esta educação continuada que o Grupo oferece subsídio para nossas especializações, todo ano podemos solicitar, e o ano passado foi uma cota de dois colaboradores tendo 50% de desconto; mas quando você diz capacidade e recursos temos que entrar no perfil, aqui como trabalhamos em equipe, o colaborador tem que ter uma certa disponibilidade para trabalhar em equipe, e eu observo isto no colaborador, desde quando vem o currículo.

P3 acena com a mão positivamente para a P2 sobre o que ela disse.

Hewdy: O perfil dos funcionários é definido pelo RH do Lacan ou pelo central?

Todas falam que não tem RH do Lacan, e P2 inicia a discussão:

P2: não tem RH do Lacan, então como a gente contrata um profissional? Normalmente eu entro em contato com RH de lá, eles tem as especificações do currículo, e digo para a menina que fará a seleção o perfil que quero para a vaga. Aí fazem um processo seletivo lá, uma entrevista, ela passa um fax, ou e-mail pra mim, e aí eu chamo para uma entrevista comigo e com diretor clínico, e fecho se aquele candidato é adequado para aquela vaga que eu tenho.

P4 pergunta com expressão de quem não conhecia a informação:

P4: então é você quem montou o perfil e mandou para ela?

P2: sim eu que pedi, até porque eles não sabem o perfil, eles não trabalham com psicólogos hospitalares e da área clínica como temos aqui, trabalham com os de RH. Uma vez indicaram uma psicóloga social e precisei explicar que o perfil é outro que precisamos do psicólogo clínico.

P3 reafirma o que P2 disse:

P3: no meu setor é da mesma forma, a gente que define o perfil, passa para eles, e eles fazem análise, fazem a entrevista, selecionam, mandam por email e encaminham para entrevista final presencial conosco e se encaixar no perfil, reencaminho para hospital.

P5 demonstra surpresa com a fala das outras participantes e explica como é no setor dela:

P5: no meu setor é diferente, o perfil já vem definido, do RH. Ou já tem experiência na área, ou sem experiência, no caso de outras necessidades. Ter facilidade de atendimento em público e perfil é dado pelo Diretor Administrativo. Geralmente o perfil é definido de acordo com o caso, e através do currículo, o setor chama a pessoa aqui e de acordo com o interesse dela e se estiver disponível, encaminhamos para o processo no Bandeirantes.

P4 com expressão de quem está tentando lembrar:

P4: no nosso caso é a Geisa que passa perfil para o Bandeirantes, que faz a seleção e encaminha candidatos para a Geisa, que faz entrevista junto com o Diretor Clínico. No final o processo volta para Bandeirantes.

Toca telefone P4, mas não atrapalha o grupo.

Hewdy: Existe uma definição sobre quais as habilidades necessárias para se poder realizar com excelência os processos definidos anteriormente?

P2: primeiro eu observo se o colaborador trabalha bem com a Equipe dele, isso é primordial, interagindo bem com a equipe dele, para pensar no objetivo maior que é ajudar o paciente como ser biopsicossocial, então ele precisa de toda equipe e não do psicólogo sozinho; habilidade necessária é ter bom diálogo com médico, com serviço social e família, e além de ter conhecimentos técnicos, saber sobre dependência química, sobre pacientes psicóticos, fazer um grupo. Além dos recursos técnicos são necessárias algumas coisas de disponibilidade pessoal, do perfil pessoal dele, como se colocar no lugar do outro e interagir com a equipe. Eu vou avaliar tudo isto, são habilidades vistas no dia a dia do colaborador.

P3 concorda e complementa:

P3: concordo com P2 que o primordial é o trabalho de equipe, o que fazem de forma profunda. Os auxiliares precisam respeitar as normas e o fluxo da equipe, e demais rotinas, mantendo um padrão, não quebrar o tratamento. As habilidades nós vamos avaliando, se pode trabalhar melhor em enfermaria de homens ou mulheres ou menores, onde se sete mais a vontade, onde vamos ter mais resultados.

P4 faz expressão de concordância.

P5 fala mais especificamente de seu setor, que é diferente:

P5: no meu setor cada um segue uma rotina, porém cada um exerce de uma maneira. Então diariamente se discute e orienta para mudar para melhor. A habilidade maior é ter um bom atendimento pessoal, atender melhor clientes e colaboradores, a interação.

P4 complementa:

P4: eu acredito que os profissionais precisam de habilidades específicas de atendimentos, de vivencia em grupo com outros profissionais, o respeito, a ética, que é visto e tem que ter.

As participantes demonstram estar satisfeitas com as respostas, em consenso, com P4 compreendendo que para seu setor as habilidades são outras.

Hewdy: Existe um controle para se saber se essas habilidades existem ou estão sendo desenvolvidas?

P2: a gente fez avaliação de competência com cada um dos colabores com controle formal. Esta avaliação por competências é feita uma vez por ano. Cada habilidade é medida e discutida com o colaborador.

Todos falam que faz de maneira informal e o próprio colaborador traz a necessidade e faz o trabalho individual.

P4: na avaliação de competência, o gestor faz a avaliação junto com colaborador e dá feedback, é uma avaliação em conjunto com o colaborador.

P3: o avaliado também pode discordar da sua avaliação, é uma troca.

P2: o feedback é nosso para ele, mas ele pode trazer pontos importantes, pode dar uma justificativa, e mudar a avaliação.

Todas concordam, ficando claro o consenso.

Hewdy: As áreas têm os conhecimentos específicos para realizar as atividades fundamentais? Há a educação continuada para suas equipes?

P4 ri.

P2: estes conhecimentos são pré requisitos na contratação. Tem que estar presente na avaliação. É pré requisito.

P3 que já estava com expressão de insatisfação desde a apresentação da questão diz:

P3: a educação continuada não existe dentro do Lacan.

P4 logo complementa, concordando:

P4: e a gente percebe que faz mal. O objetivo para este ano é iniciar a educação continuada para todas as áreas, já começou pela enfermagem, um sopro de esperança.

P2 concorda com P4 e P3:

P2: enfermagem precisa ser o primeiro mesmo, como a Mari falou, pois ficam aqui 24 horas, são a base do tratamento.

P3: sim, o trabalho da enfermagem é trabalhoso e repetitivo, e cada funcionário é prioridade.

P4: P3, sua área tem muito turnover? Quando você consegue fazer um colaborador fica bom, ele sai.

P3: sim, tem que investir. O hospital não consegue dar a atenção necessária para colaborador novo, tem que começar do zero sempre.

Todas as participantes fazem expressões de compreensão e concordância sobre o que P3 disse.

Hewdy: porque tem grande rotatividade?

P3: os funcionários que conseguimos são aqueles que não tem experiência, devido o baixo salário e por ser psiquiatria. Se arruma trabalho um pouco mais rentável em outra área, vai atrás de experiência e salário, principalmente os auxiliares.

P4 e P5 refletem a partir do que P3 disse:

P4: eu acho que é um perfil deste cargo. Tenho uma cunhada que é gerente do HMU e é assim também.

P5: eu também acho porque o mercado é muito grande.

P3: acho que o salário influencia.

P2 em concordância com o que foi dito sobre a enfermagem complementa com a situação da psicologia:

P2: aqui no setor de psicologia, na verdade, todos têm dois trabalhos. Só com o salário do Lacan não dá. Antes era dificílimo fechar a equipe de psicologia por causa do salário. Agora a equipe está fechada por que todos trabalham em dois lugares, fechado entre aspa, mas está um pouco mais estável.

Hewdy: e os seus colaboradores fazem o que, tem flexibilidade de horário?

P2: Não, eles precisam cumprir os horários de 6 horas diárias da carga horária, isto é exigência do RH, não consigo mudar. O que foi possível foi fazer dois horários, pela manhã ou pela tarde. Manhã das 08:00 as 14:00 eu consigo por exemplo com a autorização da direção mudar para 07:30 as 13:30.

Ao final as participantes ficaram fazendo comentários sobre o baixo salário e a falta de investimento em treinamentos para funcionários por parte do Hospital Lacan, ficando claro o consenso a este respeito.

Final

O pesquisador-moderador agradeceu a participação de todas as participantes e encerrou a sessão. O Grupo Focal finalizou após 01h10m21s, tendo cumprido seu objetivo.

ANEXOS

Anexo A – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 foi marcante pela introdução do Sistema Único de Saúde no Brasil. A Lei “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”

Em seu Art. 4º coloca que:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Quanto à participação de instituições privadas a Lei coloca:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.”

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Anexo B – Lei 10.246

Lei 10.246.

Esta Lei coloca em seu Art. 4º que:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

No Art. 6º fala sobre os tipos de internação:

A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012:

Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

A portaria apresenta as características destes serviços hospitalares; as diretrizes; as necessidades da estrutura física; a equipe técnica multiprofissional

mínima; os critérios para a implementação destes tipos de serviços; entre outros quesitos.

Em relação aos incentivos financeiros, a portaria coloca:

Art. 12. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com os seguintes valores:

IV -R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais) para a implantação de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Art. 14. Fica instituído incentivo financeiro de custeio anual no valor de R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil e trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos) por cada leito implantado.”

Anexo C – Jornais do SINDHOSP

Jornal SINDHOSP (Impresso) – Edição de Outubro de 2013.

Em dia

SAÚDE MENTAL EM XEQUE

Os hospitais psiquiátricos estão na TV. Não porque estejam na moda. A questão da internação por doença mental, e o seu modelo de tratamento, foi um dos destaques da novela "Amor à Vida", veiculada no horário nobre da Rede Globo. A protagonista da história foi internada contra a vontade em uma instituição que adota os modelos "tradicional" de tratamento psiquiátrico, segundo o autor fez questão de ressaltar em seus diálogos interpretados pelos atores. Entende-se por modelo tradicional os maus tratos, o mau humor e a falta de preparo dos profissionais de enfermagem, a manipulação do diagnóstico, a medicação forçada que deixa o paciente "grogue" e até mesmo o eletrochoque, utilizado completamente fora de contexto. Tendo em vista a estremecedora audiência do folhetim - em média 50 milhões de brasileiros por dia - há que se considerar o impacto da abordagem sobre a opinião pública.

Este modelo de tratamento, retratado na novela e adotado durante mais de um século no Brasil, começou a ser amplamente combatido pela luta antimanicomial desde os anos 90, quando um processo de mudança de cultura se iniciou no país, a fim de acabar com o confinamento de pacientes mentais em instituições que não resolviam. Legilima, a luta ganhou ares de ideologia quando começou a se fomentar a ideia de que a doença mental não existe e que os hospitais psiquiátricos – até então com péssima fama – deveriam ser extintos.

Desde então, dos 120 mil leitos especializados em psiquiátrica existentes no país, restaram apenas 30 mil. "Erroneamente, cultiva-se a negação da psiquiatria. A estratégia encontrada pelo governo foi a de sufocar financeiramente os hospitais psiquiátricos, ao invés de transformá-los. Restou o estigma de sermos ainda maníacos, e a falta de dinheiro para manter um atendimento digno", revela o coordenador do departamento de Saúde Mental do SINDHOSP, Ricardo Mendes. A díaria de um leito psiquiátrico que atende pelo SUS, hoje, vai de R\$ 31 a R\$ 45. É o que os hospitais privados conveniados recebem por dia, por paciente internado, para cobrir despesas médicas, de medicamentos, enfermagem, hotelaria, cinco refeições diárias, entre outros gastos. "Os gestores administraram a miséria", desabafa Mendes.

No Estado de São Paulo, dos 10.591 leitos psiquiátricos disponibilizados ao SUS, 7919 estão em instituições de natureza privada. Juntas, elas representam quase 80% de todas as internações psiquiátricas via SUS, no Estado. São estes estabelecimentos – hospitais ou clínicas voltados especialmente ao



O diretor e coordenador de Saúde Mental do SINDHOSP, Ricardo Mendes

atendimento da saúde mental – que vêm sofrendo com remuneração aviltante, e com uma verdadeira caça às bruxas promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público.

A região de Sorocaba, Interior paulista, é emblemática. Historicamente, a cidade e seu entorno construiu uma trajetória de produção de conhecimento na área de psiquiatria, com a existência da Faculdade de Medicina de Sorocaba e seu notório professor Teixeira Lima, que hoje dá nome a um dos hospitais da localidade. Não por acaso, por lá foram se formando diversas instituições psiquiátricas, que receberam grande contingente de pacientes na década de 70, com o desmantelamento da Jusqueny. Hoje, são 2.200 leitos em psiquiatria existentes na região, distribuídos em sete grandes hospitais. Um deles, o Vera Cruz de Sorocaba, foi massacrado pela opinião pública em 2012, após denúncia de maus tratos feita ao Ministério Público. A situação dos pacientes foi parar nos programas de televisão, após uma ação surpresa da Polícia Federal em conjunto com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Defesa dos Direitos Humanos da Presidência da República, os Ministérios Públicos federal e estadual, a vigilância sanitária e os grupos antissequestro e contra o crime organizado. "Um verdadeiro arsenal de guerra foi armado. Eram seis e meia da manhã, e os policiais chegaram com equipamento para arrombar portas. Os funcionários foram confinados no refeitório. Inspecionaram uma das alas, onde ficam os pacientes mais difíceis. Depois, destravaram o Roberto Cabrinij, do SET, entraram e filmaram tudo", conta Paulo Roglich, diretor do SINDHOSP e membro do Grupo Suprainstitucional, que reúne o Sindicato, a Pró-Saúde Mental e a Federação das Casas de São Paulo (Fehosp).

O resultado da ação hollywoodiana foi a intervenção do hospital, que passou a ser administrado pela Prefeitura de Sorocaba. E a obrigatoriedade de assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), com o Ministério Público, por todos os hospitais da região (sete no total, incluindo Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora). O TAC determina a desospitalização de todos os pacientes, em prazo de três a quatro anos. Roglich questiona a maneira pela qual agiu o Ministério Público. "A abordagem no Vera Cruz foi equivocada, violenta. Além do mais, o MP tinha todo o direito, e inclusive a obrigação, de inspecionar todos os hospitais da região. Mas ele não fez isso. O TAC vale para todos, embora o MP não tenha batido a porta dos outros hospitais. Todos foram punitidos", diz.

Uma franca demonstração de que os recursos não são suficientes para gerir de forma adequada um hospital psiquiátrico velho à tona nos últimos seis meses. Desde janeiro de 2013, o Vera Cruz de Sorocaba está nas mãos da gestão municipal. Neste período, a prefeitura acumulou uma dívida de mais de R\$ 1,5 milhão. Estuda a abertura de uma licitação, a fim de passar a administração para as mãos de uma organização social. "Eles não deram conta do recado, e agora querem terceirizar. Tenho conhecimento de ao menos três casos de pacientes desospitalizados do Vera Cruz, e que logo depois precisaram de internação. Como lá não está internando, levaram para o Teixeira Lima", conta Douglas Parra, que preside uma associação de apoio às famílias de pacientes psiquiátricos em Sorocaba. Segundo ele, pacientes que chegam aos hospitais gerais da cidade, e que precisam de internação específica em psiquiatria, esperam dias por uma vaga. "Que tipo de ressocialização estamos oferecendo às pessoas?", questiona.

Em outras regiões do Estado, o cenário da desassistência se repete. Em Jaú, o Hospital Psiquiátrico Theresia Peretti decideu, em abril deste ano, estabelecer um prazo para que a Secretaria de Estado da Saúde (SES) revisse os valores pagos. Caso o pleito não fosse atendido, a instituição encerraria suas atividades. Sendo a única referência para atendimento psiquiátrico em uma região que abrange 66 municípios – com 8 milhão de habitantes – o hospital possui 370 leitos, com 350 reservados ao SUS. O valor da díaria paga era de R\$ 42,37.

Pressionada, a SES utilizou a mesma alegação de sempre: está impedida, no âmbito legal, de

Em dia

de 2013. Depois disso, não se sabe se o acordo será renovado, já que os valores das diárias não são reajustados há quatro anos.

Este ano, a região recebeu a visita do ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Embora o assunto do Theresó Perotti tenha sido abordado, Padilha teria afirmado que, para majorar os valores, o hospital teria de se "adequar às políticas vigentes de saúde mental". Ele ainda teria negado o convite a uma visita à instituição. "O ministro não conhece nosso trabalho, mas não aceitou o convite de nos visitar", declarou à época o gestor do hospital, Antônio Martinez Filho.

Para o presidente da Fehosp, Edson Rogatti, a situação dos hospitais psiquiátricos é pior que a das santas casas. "O maior problema é que o governo não reconhece os hospitais psiquiátricos como instituições integrantes da rede de atenção à saúde mental", afirmou, em reunião realizada da sede da Federação, em setembro, que debatou a sustentabilidade do segmento.

Na ocasião, além dos representantes do Theresó Perotti, de Jai, outros gestores estiveram presentes. Todos se queixaram das dificuldades enfrentadas em negociar melhores valores, e mostraram apreensão quanto ao futuro. Para Ricardo Mendes, não há possibilidade de sensibilização do governo federal. "Infelizmente não vejo saída, a não ser uma medida drástica: entregar os leitos. Já esgotamos vias judiciais, administrativas, políticas", afirma. Mendes, que também é gestor de um hospital psiquiátrico em São Paulo, tomou esta decisão em 2009. "No ano que tomamos a decisão, tínhamos 380 leitos SU5, incluindo 90 moradores. Esses pacientes, em geral, são um problema social. Investimos o dinheiro que não tínhamos na busca das famílias dessas pessoas, que muitas vezes tinham perdido completamente seus vínculos. Chegamos a levar um paciente para o Piauí, acompanhado de psicólogo, isso o SU5 não paga", conta.

Da tomada de decisão até a entrega de leitos, foram dois meses, segundo Mendes. "Uma vez que você entrega, tem que passar a andar com as próprias pernas. Os custos fixos continuam. Reduzi os leitos para 30. Hoje tenho 90, mas 100 pacientes atendidos em hospital-dia e 1.500 consultas por mês. Estou com prejuízos até hoje, pagando dívidas. E trabalhando incessantemente para captar leitos da saúde suplementar, a fim de continuar o projeto de instituição. Porque acreditamos nele".

Em média, a diária paga pelos planos de saúde para um leito de internação é de R\$ 200. Uma diferença gritante. Para Ricardo Mendes, o discurso do governo de que as internações devem ser feitas exclusivamente em hospitais gerais não funciona. "Na prática, não dá certo. O paciente psiquiátrico não predia de leito, não é acamado. O Hospital do Senador Público Municipal, de São Paulo, tinha uma ala de psiquiatria no setor de andar. Depois desistiram, alugaram uma casa e transferiram os pacientes. É preciso estrutura física e recursos humanos qualificados para lidar com o doente mental", defende.

Para Nelson Fernandes Junior, diretor da Casa Cair Bar Shute, de Araçatuba, é preciso repensar o conceito de filantropia. "As instituições psiquiátricas nasceram do acolhimento. Mas temos de repensar isso para atingirmos a sustentabilidade", disse Fernandes, que integra a Pró-Saúde Mental, defende que as instituições repensem seus modelos, e tem se dedicado a um programa de transformação dos hospitais psiquiátricos, junto à Fehosp. Iniciado em 2012, o projeto reuniu inicialmente 41 instituições interessadas em modificar seus negócios. Hoje, participam apenas 12. "O grande desafio é promover a transformação sem condições mínimas de sobrevivência", alerta Ricardo Mendes.

O fechamento de leitos psiquiátricos preocupa devido ao aumento da demanda de doentes mentais não só no Brasil, mas em todo o mundo. Estimativas indicam que 20%

da população do planeta têm algum distúrbio mental. Entre eles, o que mais atinge os municípios brasileiros é a ascendência do crack e de outras drogas, que demandam internação para tratamento. Pesquisa da Confederação Nacional dos Municípios, realizada em 3.950 cidades brasileiras mostra que 98% delas já enfrentam problemas com o crack. Há casos em que a internação é necessária, como na desintoxicação de viciados em drogas e álcool, nos surtos psicóticos, onde há riscos de suicídio, nas esquizofrenias paranoides, quando os pacientes estão incontroláveis e violentos e também em alguns casos de transtorno obsessivo-compulsivo.

O departamento de Saúde Mental do SINDHOSP tem defendido a existência e permanência das instituições psiquiátricas para que uma rede de assistência coerente possa atuar. Representando 376 estabelecimentos psiquiátricos (entre clínicas e hospitais), incluindo os serviços de psicologia, o Sindicato percebeu que as próprias instituições, com o estabelecimento das mudanças com a lei 10.216, têm procurado se adequar à nova realidade da assistência. "Na medida do possível, e principalmente para aqueles que não dependem tanto do SU5, investe-se em estruturas que permitem internações de curta permanência em casos de surto, tratamento em hospitais-dia e ambulatórios, além de reinserção familiar; terapias ocupacionais; psicoterapias; terapia cognitivo-comportamental. O governo não pode tirar todo mundo de manicômio, asfixiar financeiramente e deixar os pacientes à mingua", afirma o presidente do SINDHOSP, Yussif Ali Mere Júnior.



Jornal SINDHOSP (impresso) – Edição de Dezembro de 2013.

A TRANSFORMAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Há muitos anos os hospitais psiquiátricos vêm sendo parceiros do SUS, na medida em que acolhem doentes mentais graves, promovendo tratamento adequado, salvando vidas e proporcionando bem-estar ao paciente e familiares. Iniciaram um processo de qualificação a partir dos anos 90, se tornando aptos a prestar serviços de melhor qualidade. Na época, a maioria dos hospitais psiquiátricos era bem avaliada pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, demonstrando o grau de maturidade adquirido na assistência aos pacientes. Os maus hospitais foram fechados e os que se adequaram às novas necessidades permaneceram na rede, dando conta de uma demanda que não para de crescer.

A melhoria do desempenho hospitalar era sempre um desafio a ser vencido, assim como a luta contra o preconceito por parte dos antimaniciais, da mídia em geral e de servidores públicos alocados nas três esferas da gestão da saúde. A partir daí decidiu-se por não reajustar mais as diárias hospitalares, o que provocou a precarização dos serviços, que não tinham os valores de compra recompostos. Foi então criado o Grupo Suprainstitucional-GSI com participação do SINDHOSP, Pró Saúde Mental e Fehosp, para respaldar e fortalecer as ações de interesse da categoria. Foram realizadas diversas incursões contra essa política asfixiante, nas áreas administrativa, política e judicial, a maioria sem êxito. Os hospitais fazem parte da atenção terciária da rede de atenção integral em saúde mental, mas não são reconhecidos como equipamento integrante da mesma, por parte do Ministério da Saúde.

Existe uma linha de pensamento mundial que defende a desospitalização e, consequentemente, a ambulatização do paciente, por uma questão de custos e de racionalização. Se por um lado a política é de desinstitucionalização, por outro, há o aumento

da demanda pelo próprio crescimento populacional. Essa necessidade por leitos ocorre numa velocidade maior do que a da construção de meios alternativos e até mesmo substitutivos à internação psiquiátrica. Outro motivo que pressiona pela necessidade de internar é o aumento da freqüência e da complexidade dos casos de transtornos mentais. A falta de estrutura sociofamiliar também aumenta a situação de abandono dos pacientes nos serviços, o que acaba por descharacterizar o hospital psiquiátrico como um recurso para o atendimento de pacientes em situação de crise. Todavia, a política nacional de saúde mental vem fechando leitos indiscriminadamente sem, contudo, criar novas formas de atendimento na mesma proporção do aumento da demanda.

Com a diminuição das vagas nos hospitais, as emergências psiquiátricas ficam lotadas, mas esta não parece ser uma preocupação do gestor. A política por fechamento de leitos é mais contundente do que qualquer sofrimento que ela possa causar. Prova disso é o aumento absurdo de pacientes em situação de rua e no sistema prisional. A rede de atenção psicosocial, as chamadas RAPs, vão se definaneando e o governo cada vez mais vai precisar menos dos serviços de internação integral. Nesse panorama, o hospital psiquiátrico precisa necessariamente rever sua missão, seus princípios e valores, pois a continuar atuando da mesma forma como vem fazendo há anos está fadado a encerrar as atividades num prazo não muito longo. A sustentabilidade do setor será garantida ao se abrir um leque de outras atividades, bem como na busca de novos clientes que estejam dispostos a pagar por isto.

As representações dos hospitais vêm tentando sensibilizar os dirigentes hospitalares a pensarem sistematicamente em como se adaptar aos novos tempos. Além da internação, há demanda por consultas eletivas realizadas por psiquiatra, psicólogo,

SINDHOSP



Ricardo Mendes
coordenador de Saúde Mental do SINDHOSP

terapeuta ocupacional, demanda também por consultas de urgência em pronto-atendimento, programas de hospital-dia, oficinas terapêuticas, oficinas de trabalho, reabilitação, enfim, várias outras formas de realizar real tratamento de qualidade além da internação. Há novos clientes a serem conquistados. Com as recentes edições de atos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que garantem cobertura em saúde mental, as operadoras de planos de saúde se veem obrigadas a oferecer atendimento, abrindo aí também maiores chances de contratação. Não é só a política governamental que anseia por novas formas de atenção, o próprio mercado, se é que podemos assim chama, clamá por isso. A transformação dos hospitais deve fazer parte do planejamento estratégico das organizações. Há luz no horizonte, precisamos estar sensíveis para as oportunidades que estão ao nosso redor. A evolução deve constar do nosso cotidiano, sempre no sentido de buscar soluções que só serão alcançadas com esforço e perseverança.

Anexo D – Publicações do Diário Oficial da União

DOU 23 DE JANEIRO DE 2013

quarta-feira, 23 de janeiro de 2013

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 123 (15) – 51

DOU 27 DE FEVEREIRO DE 2014

32 – São Paulo, 124 (40)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

quinta-feira, 27 de fevereiro de 2014

Data de Assinatura: 13/12/2012

Retificação

Do D.O. de 15-12-2012

Processo: 001.0215.004.167/2012

Convênio: 106/2012

Interessado: Prefeitura Municipal de Magda

Onde se sita:

Natureza da Despesa: 44.50.42

Leia-se:

Natureza da Despesa: 44.40.52

Do D.O. de 22-1-2013

Processo: 001.0215.004.0489/2012

Convênio: 031/2012

Interessado: Prefeitura Municipal de Urânia

Onde se sita:

Natureza da Despesa: 44.50.42

Leia-se:

Natureza da Despesa: 44.40.52

Extracto de Termo de Retiratificação

Processo: 001.0215.004.188/2012

Entidade: Prefeitura Municipal de Santa de Ponte Pensa

CNPJ: 45.138.088/0001-40

Objeto: O presente Termo de Retiratificação tem por objetivo

retificar a Cláusula Sétima do Convênio - 104/2012 celebrado

entre as partes, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Cláusula Sétima - Da Vigência: O presente Convênio vigorará a partir da data de sua assinatura até o dia 30-04-2014

Data de Assinatura: 13/12/2013

Extracto de Termos

Processo: 001.0201.000.228/2014

Convênio: 189/2014

Interessado: Sociedade Assistencial Bandeirantes

CNPJ: 46.543.781/0001-61

Objeto: O presente Convênio tem por objetivo promover o

fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de

assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região,

mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer

despesas com custeio de 146 letos para internação esco-

lizada e tratamento de dependentes químicos de álcool e

outras drogas.

Valor: R\$ 10.335.562,00, em duas parcelas no valor R\$

193.087,00 e de parcelas no valor R\$ 994.938,60

Natureza da Despesa: 33.50.43

UFG: 09.01.91

Programa de trabalho: 10.302.0930.4.849

Fonte: Tesouro

Vigência: 12 meses.

Data da Assinatura: 10/02/2014

Processo: 001.0201.000.142/2014

Convênio: 190/2014

Interessado: Associação Estância Primavera Comunidade

Terapêutica

CNPJ: 05.736.131/0001-55

Objeto: O presente Convênio tem por objetivo promover o

fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de

assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região,

mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer

despesas com custeio - material de consumo, medicamento e

prestação de serviço.

Valor: R\$ 172.000,00, em parcelas no valor R\$ 81.000,00

Natureza da Despesa: 33.50.43

UFG: 09.01.91

Programa de trabalho: 10.302.0930.4.849

Fonte: Tesouro

Vigência: 12 meses.

Data da Assinatura: 26/02/2014

Retificação do D.O.

Extracto de Termo de Retiratificação

Processo: 001.0210.001.439/2013

Interessado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de

Limeira

CNPJ: 51.473.692/0001-26

Endereço: 00000-000 Limeira - SP

Assinatura: 07-01-2014

Leia-se:

25-02-2014

COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE

Despacho do Coordenador de Saúde da CCTIES, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.00000.655/2014

Assunto: Aquisição de medicamentos do componente especializado

Interessado: CCTIES

Considerando: os documentos constantes do presente processo;

a reserva de recursos orçamentários;

as Atas de Registro de Preços onde se constata que a empresa sagra-se vencedora das licitações.

Adjudico os medicamentos solicitados pela Assistência Farmacêutica, conforme segue:

Farmacêutica, conforme segue:

Aclaratoria 10 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 23/02/2013

Aclaratoria 40 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 12/02/2013

Aclaratoria 80 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 12/02/2013

Ciclosporina microemulsão 25 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 04/2013

Ciclosporina microemulsão 25 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 04/2013

Ciclosporina microemulsão 50 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 04/2013

Ciclosporina microemulsão 100 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 04/2013

Metoclopramida 800 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 23/02/2013

Rizatriptano 50 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 15/02/2013

Topiramato 100 mg, no Pregão Eletrônico para Registro de Preços - 12/02/2013

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.00313/2013

Assunto: Aquisição de medicamentos do componente especializado

Assunto: Licitação.

Comunicando à empresa W.G. da Cruz M.E., da Instauração de procedimento sancionatório decorrente do atraso no cumprimento da obrigação assumida quando da retirada da Nota de Empreito supramencionada. O procedimento seguirá as regras e prazos estabelecidos no Pregão Eletrônico - 23/02/2013. Em decorrência, encaminhe-se à empresa, via postal com aviso de recibo, o despacho de 15-12-2012, concedendo o prazo de 5 dias úteis, a contar do recebimento do presente, para apresentação de defesa, ficando desde já franqueada vista aos autos. A defesa poderá ser apresentada mediante protocolo pessoalmente na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 2º andar, sala 203.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.00363/2012

Assunto: Coordenadoria de Ciência, tecnologia e insumos estratégicos de saúde.

Assunto: Aquisição de medicamentos.

Versão ou previsão sobre aquisição de medicamento.

Serviço: registro em sistema para aquisição de medicamento.

Entidade: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira.

CNPJ: 51.473.692/0001-26

Endereço: 00000-000 Limeira - SP

Assinatura: 07-01-2014

Leia-se:

25-02-2014

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.00313/2013

Assunto: Aquisição de medicamentos do componente especializado

Assunto: Licitação.

Comunicando à empresa W.G. da Cruz M.E., da Instauração de procedimento sancionatório decorrente do atraso no cumprimento da obrigação assumida quando da retirada da Nota de Empreito supramencionada. O procedimento seguirá as regras e prazos estabelecidos no Pregão Eletrônico - 23/02/2013. Em decorrência, encaminhe-se à empresa, via postal com aviso de recibo, o despacho de 15-12-2012, concedendo o prazo de 5 dias úteis, a contar do recebimento do presente, para apresentação de defesa, ficando desde já franqueada vista aos autos. A defesa poderá ser apresentada mediante protocolo pessoalmente na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 2º andar, sala 203.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.00278/2012

Assunto: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde.

Assunto: Aquisições Diversas.

Versão ou previsão sobre aquisição de 5 viaturas para unidades de suprimento avançado, nos quais, em virtude de atraso na entrega, foi aberto procedimento para aplicar multa.

A vista dos elementos contidos nos autos, em especial o Parecer CJSU - 25/7/2013 e manifestação anterior, não acilho a solicitação formulada pela empresa MMC Automotora do Brasil Ltda, as fls. 737/739, que seja estornada da multa paga voluntariamente em decorrência do atraso na entrega das viaturas, objeto do Pregão Eletrônico - 102-30/2012, conforme Nota de Empreito - 2012NE0629, franqueada a vista aos autos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

Processo: 001.0001.002.792/2013

Assunto: Aquisição de sistema de informática

Assunto: Aquisição de equipamentos.

Despacho do Coordenador, de 26-2-2014

DOU 25 DE ABRIL DE 2014

138 – São Paulo, 124 (77)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sexta-feira, 25 de abril de 2014

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO	
II.1 AVALIAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	
Os valores constantes na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dígitos) deste documento.	
II.2 AVALIAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL	
A. Ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de julho e janeiro.	
B. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado a CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.	
TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais	

ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
INTERNAÇÃO em Clínica Cirúrgica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATORIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia

HOSPITAL "PORTAS FECHADAS"	
ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
HOSPITAL "PORTAS ABERTAS"	
ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

TABELA III – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de Unidades exclusivamente Ambulatoriais e outros tipos de atividades

UNIDADE	
ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)
Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)

ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e o desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; dessa forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º, ou no 4º, trimestres, isto não significa que somente naquele período o indicador esteja sendo avaliado. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento da ação ao gestor da unidade serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a aquisição de cada indicador para efeito de pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA O ANO DE

INDICADOR	1º. trimestre	2º. trimestre	3º. trimestre	4º. trimestre

Extrato de Retirrificação

Processo: 001.02.06.00264/013
Conveniente: Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

Conveniado: Fundação Doutor Amaral Carvalho

CNPJ: 50.753.755/0001-35

Termo Aditivo: 01/2014

Objeto: Alterar a "Cláusula Décima Primeira - Dos Recursos provenientes do Ministério da Saúde" do Convenio - 2635/2013, celebrado em 27-12-2013.

Valor Estimado Mensal

1 - Ações Estratégicas

1.1 - SIASUS: R\$ 595.624,15

1.2 - SIHUS: R\$ 578.031,00

Valor Fixo Mensal

2.1 - SIASUS: R\$ 577.856,58

2.2 - SIHUS: R\$ 180.748,46

3 - Ações de Alta Complexidade

3.1 - SIASUS: R\$ 2.994.090,10

3.2 - SIHUS: R\$ 1.818.482,27

4 - Incentivos

4.1 - Rete Cáncer: R\$ 452.287,47

4.2 - IAC: R\$ 191.749,47

4.3 - Integráus: R\$ 57.176,08

Data da Assinatura: 17-04-2014.

Extrato de Retirrificação

Processo: 001.02.07.00155/013

Conveniente: Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

Conveniado: Centro Infantil de Investigações Hematológicas Dr Domingos A. Bordini

CNPJ: 50.046.887/0001-27

Termo Aditivo: 01/2014

Objeto: Alterar a "Cláusula Décima Primeira - Dos Recursos provenientes do Ministério da Saúde" do Convenio - 006/2014, celebrado em 03-01-2014.

Valor Estimado Mensal

1 - Ações Estratégicas

1.1 - SIASUS: R\$ 4.406,00

1.2 - SIHUS: R\$ 19.615,00

Valor Fixo Mensal

2 - Ações de Média Complexidade

2.1 - SIASUS: R\$ 360.355,16

2.2 - SIHUS: R\$ 91.713,66

3 - Ações de Alta Complexidade

3.1 - SIASUS: R\$ 820.273,83

3.2 - SIHUS: R\$ 117.233,34

4 - IAC

5 - Integráus

Data da Assinatura: 14-03-2014.

(Republicado por ter saldo com incorreções).

Extrato de Termo Aditivo

Processo: 001.02.01.000.228/2014

Termo Aditivo: 01/2014 ao Convenio - 189/2014

Interessado: Sociedade Assistencial Banderantes

CNPJ: 45.000.000/0001-61

Objeto: O presente Termo Aditivo tem por objeto a transferência de recursos financeiros à entidade, visando à execução de atividades concernentes ao SUS, para custear - 36 leitos para internação especializada em tratamento de dependentes químicos e alcoólicos e outras drogas.

Valor: R\$ 2.242.404,00 em parcelas de R\$ 224.240,40

Natureza da Despesa: 33.40.30 e 33.40.39

UFG: 09.01.17

Programa de Trabalho: 10.302.0930.4.849

Fonte Tesouro

Vigência: 12 meses

Data da Assinatura: 15/04/2014

Extrato de Convênio

Processo: 001.00001/001.432/2013

Convenio: 490/2014

Interessado: Universidade de São Paulo com Intervenência da Faculdade de Ciências Farmacêuticas - FCF

CNPJ: 63.025.530/0001-04

CNPJ: 63.025.530/0015-00

Objeto: O presente Convênio tem por objeto a parceria técnico-científica, na área de Assistência Farmacêutica.

Vigência: 36 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo, por meio de acordo entre as partes, ser prorrogado por até 60 meses.

Data de Assinatura: 22-04-2014

COORDENADORIA

DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB - 17, de 24-4-2014

Considerando a Incorporação dos medicamentos para Tratamento de Glaucoma no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) por meio da Portaria GMIMS - 1.554 de 30/07/2013, alterada pela Portaria GMIMS - 1.996 de 11/09/2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que após um prazo de 180 dias da vigência

Portaria GMIMS - 1.554/2013 os medicamentos para Tratamento de Glaucoma seriam financiados por meio de recursos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e os procedimentos específicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Orteses, Próteses e Materiais do SUS no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica seriam excluídos, evitando-se duplicidade de financiamento;

Considerando a Portaria SASMMS - 1.719 de 19/11/2013 que

aprovou o Protocolo Clínico para tratamento terapêutico do glaucoma, o qual dispõe sobre o diagnóstico e critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e procedimentos de regulamentação, controle e avaliação, em caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados (SES), do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e resarcimento dos procedimentos correspondentes;

Considerando o Ofício Circular - 40/2013/GCEAF/DAF/SCIEIMS, de 09/12/2013 que prorrogou o prazo de vigência

Anexo E – Missão, Visão e Valores do Hospital Lacan

