



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

LEILA MARIA DE SOUZA SEREJO

A LOGÍSTICA DE MATERIAIS COMO ELEMENTO DE  
ANÁLISE NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Belém  
2011

LEILA MARIA DE SOUZA SEREJO

A LOGÍSTICA DE MATERIAIS COMO ELEMENTO DE  
ANÁLISE NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada para obtenção do grau  
de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento,  
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos,  
Universidade Federal do Pará.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Paula Vidal Bastos.

Belém  
2011

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

---

S483l SEREJO, Leila Maria de Souza

A logística de materiais como elemento de análise na estrutura organizacional de um hospital universitário (2009 – 2011) / Leila Maria de Souza Serejo; Orientadora Ana Paula Vidal Bastos. – Belém: 2011.

113 f.

Inclui bibliografia

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Planejamento do Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Belém, 2011.

1. Hospitais – administração de material. 2. Logística empresarial. 3. Estrutura organizacional. I. Bastos, Ana Paula Vidal, Orientadora. II. Título.

CDD 22ª ed. – 021

---

LEILA MARIA DE SOUZA SEREJO

A LOGÍSTICA DE MATERIAIS COMO ELEMENTO DE  
ANÁLISE NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada para obtenção do grau  
de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento,  
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos,  
Universidade Federal do Pará.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Ana Paula Vidal Bastos – Orientadora  
Doctor Philosophy in Economics – University of Tsukuba  
Professor adjunto III - Universidade Federal do Pará

---

Dr. Fábio Carlos da Silva – Membro Interno  
Doutor em História Econômica – Universidade de São Paulo  
Professor Associado III - Universidade Federal do Pará

---

Profa. Dra. Rosa Carmina de Sena Couto – Membro Externo  
Pós-Doutora em Saúde Pública - UFMG  
Professora associada III - Universidade Federal do Pará

Resultado: \_\_\_\_\_

À minha família, porque sempre contei com o acolhimento e a segurança do meu lar configurados no amor dos meus filhos, netos e do meu esposo, dos quais recebi incentivo e apoio que foram fundamentais nesta trajetória; à minha mãe Elza, à memória da mãe-avó Gertrudes, do pai-avô João e da tia Tomázia, pessoas que me educaram e lutaram contra todas as conjunturas adversas para me manter na escola; aos amigos, pela torcida e a uma personalidade pública que é um exemplo de perseverança e vitória, o presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Dessas pessoas emanou a energia que me ajudou nesta construção.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Pará, por ter criado a oportunidade deste curso de mestrado aos técnicos-administrativos.

Ao Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, por ter aceitado o desafio de administrar o curso.

À minha orientadora professora Ana Paula Vidal Bastos, pela inestimável contribuição a esta produção acadêmica ao longo do período em que esteve a me acompanhar nas idas e vindas dessa construção, por ter ficado sempre ao alcance quando eu precisei consultá-la e por ter sido compreensiva e tranquilizadora nos meus momentos de maior tensão emocional como mestranda.

Aos componentes da Banca Examinadora, professora Rosa Carmina de Sena Couto e professor Fábio Carlos da Silva, que gentilmente aceitaram o convite.

Aos professores que ministraram as disciplinas do curso, porque me proporcionaram vislumbrar novos ângulos do saber, viver novas experiências no ambiente acadêmico ou, simplesmente, desenvolver um novo olhar sobre as coisas, pela lente do conhecimento.

Aos servidores e servidoras, funcionários e funcionárias da Divisão de Material, da Comissão Permanente de Licitação e da Divisão Orçamentária e Financeira do Hospital Universitário João de Barros Barreto pela prestimosa ajuda na coleta de dados, sempre com solicitude, carinho e palavras de incentivo. Agradeço, também, ao Núcleo de Planejamento do hospital pelo fornecimento do material que serviu à análise documental.

Às pessoas que em algum momento facilitaram o meu trabalho como pesquisadora.

A Deus, no qual tudo se resume.

*Talvez pareça estranho enunciar como primeiro  
dever de um hospital não causar mal ao  
paciente.*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

Este estudo analisa a logística de materiais de uma organização hospitalar pública, objetivando avaliar de que maneira essa logística interfere no alcance dos objetivos da organização. A relevância desta avaliação se justifica pela natureza dos serviços prestados pelo hospital e para os quais é de fundamental importância que a logística de materiais seja eficaz. Nesta perspectiva, uma questão importante é a que diz respeito à legislação pertinente à efetivação de compras e contratação de serviços na Administração Pública e os requisitos legais que implicam em cumprimento de normas e prazos, sendo este último um complicador contumaz no processo logístico hospitalar no setor público, tendo em vista as diferenças existentes entre o setor público e o privado nos processos de aquisição e contratação de serviços. Finalizando, o estudo destaca a gestão de materiais como uma estratégia imprescindível para a eficácia da logística, posto que a gestão pressuponha planejamento, coordenação, avaliação e controle, com vistas a eliminar disfunções no processo logístico e, por conseguinte, na prestação dos serviços de saúde. Os resultados encontrados apontam para disfunções no processo logístico da organização em estudo e para a maneira pela qual a logística de materiais interfere nos objetivos organizacionais tendo em vista o tipo de estrutura adotado pela organização.

**Palavras-chave:** Logística de materiais. Organização hospitalar pública. Gestão de materiais. Estrutura organizacional.

## ABSTRACT

This study analysis the materials' logistic of one public hospital organization, evaluating how the logistic process interferes in the organization goals. The relevance of this evaluation is justified by the nature of services of a hospital, knowing that the materials logistics is crucial to provide good services. In this perspective, one important question is the legislation that concerns the process of buying and contracting services within the public administration. Another is the legal requirements that imply in fulfilling the norms and deadlines. As the processes of contracting and acquiring services are different in public and private sectors, deadlines assume an extra source of concerning. To conclude, the study overlooks to the materials management as fundamental to the logistics efficiency as its management supposes planning, coordination, evaluation and monitoring, to eliminate the non-functionality logistics process in the health services. Results show that indeed, the studied organization has failures in the materials' logistic process in such a way that interferes in the organization" goal regarding the adopted structure of this organization.

**Keywords:** Materials logistics. Public hospital organization. Materials management. Organizational Structure.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 01</b> – Evolução dos Sistemas de Saúde no Brasil .....	<b>31</b>
<b>Quadro 02</b> – Processo de compras do setor público: esquema simplificado .....	<b>43</b>
<b>Quadro 03</b> – As cinco configurações e as respectivas partes-chave ..	<b>54</b>
<b>Figura 01</b> – Diagrama de Mintzberg (As cinco partes básicas da organização) .....	<b>55</b>
<b>Figura 02</b> – Fluxo de autoridade formal (Sobreposição do diagrama de Mintzberg ao fluxo de autoridade formal) .....	<b>57</b>
<b>Figura 03</b> – Diagrama de Mintzberg: Burocracia Profissional .....	<b>57</b>
<b>Figura 04</b> – Diagrama de Mintzberg adaptado: representação das cinco partes básicas do HJBB .....	<b>58</b>
<b>Gráfico 01</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2008 .....	<b>65</b>
<b>Gráfico 02</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2009 .....	<b>66</b>
<b>Gráfico 03</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2009 .....	<b>67</b>
<b>Gráfico 04</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2010 .....	<b>67</b>
<b>Gráfico 05</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico de 2008 .....	<b>94</b>
<b>Gráfico 06</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico de 2009 .....	<b>95</b>
<b>Gráfico 07</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico de 2009 .....	<b>96</b>
<b>Gráfico 08</b> – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico de 2010 .....	<b>97</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Quantidade e percentual de itens previstos e de itens dispensados para o período de 2008 a 2010 .....	<b>62</b>
<b>Tabela 02</b> – Número e percentual de itens cancelados com e sem motivos especificados, nos quatro pregões eletrônicos do período 2008 a 2010 .....	<b>65</b>
<b>Tabela 03</b> – Código do item, Quantidade do fornecedor e Quantidade empenhada e seus percentuais nos quatro pregões eletrônicos do período 2008 a 2010 .....	<b>70</b>
<b>Tabela 04</b> – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2008 .....	<b>86</b>
<b>Tabela 05</b> – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2009 .....	<b>88</b>
<b>Tabela 06</b> – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2009 .....	<b>90</b>
<b>Tabela 07</b> – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2010 .....	<b>92</b>
<b>Tabela 08</b> – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico .....	<b>94</b>
<b>Tabela 09</b> – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico .....	<b>95</b>
<b>Tabela 10</b> – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico .....	<b>96</b>
<b>Tabela 11</b> – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico .....	<b>97</b>
<b>Tabela 12</b> – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico .....	<b>98</b>
<b>Tabela 13</b> – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico .....	<b>100</b>
<b>Tabela 14</b> – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico .....	<b>102</b>
<b>Tabela 15</b> – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico .....	<b>103</b>

## LISTA DE SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF	Constituição Federal
CIT	Centro de Informações Toxicológicas
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONSUN	Conselho Universitário
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
POA	Plano Operativo Anual
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>ORGANIZAÇÕES E LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E METODOLÓGICOS</b> .....	<b>20</b>
2.1	ORGANIZAÇÕES: HISTÓRIA E MUDANÇA SOCIAL .....	20
2.2	ESTRUTURAS E PROCESSOS ORGANIZACIONAIS .....	22
2.3	AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NO SISTEMA DE SAÚDE.....	24
2.3.1	<b>O Hospital: de ambiente de segregação a instrumento terapêutico.</b>	<b>26</b>
2.3.2	<b>Sistemas de saúde no Brasil</b> .....	<b>29</b>
2.4	LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS .....	35
2.4.1	<b>Aquisições e contratações na Administração Pública</b> .....	<b>37</b>
2.5	METODOLOGIA DA PESQUISA .....	44
2.5.1	<b>Unidades de estudo</b> .....	<b>44</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO E A EFETIVIDADE DA LOGÍSTICA DE MATERIAIS</b> .....	<b>47</b>
3.1	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO E SUA ORGANIZAÇÃO .....	47
3.2	DADOS QUALITATIVOS .....	51
3.2.1	<b>Entrevista exploratória</b> .....	<b>51</b>
3.2.2	<b>Análise e resultado da entrevista exploratória</b> .....	<b>52</b>
3.2.3	<b>Análise documental</b> .....	<b>52</b>
3.2.3.1	Resultado da análise documental .....	53
3.3	DADOS QUANTITATIVOS .....	59
3.3.1	<b>Coleta de Dados</b> .....	<b>59</b>
3.3.2	<b>Análise de dados</b> .....	<b>61</b>

3.3.2.1 Categoria de análise: itens dispensados – anos 2008 a 2010	.....	<b>60</b>
3.3.2.2 Categoria de análise: itens cancelados – Ano 2008 a 2010	.....	<b>64</b>
3.3.2.3 Categoria de análise: Itens empenhados – Ano 2008 a 2010	.....	<b>69</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	.....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	.....	<b>77</b>
<b>APÊNDICE(S)</b>	.....	<b>82</b>
<b>ANEXO(S)</b>	.....	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A arte de articular meios e recursos necessários à consecução de objetivos de forma planejada, coordenada e controlada utilizando estratégias não é premissa da sociedade contemporânea. Maximiano (2005, p. 15) relata sobre evidências de planejamento, organização e controle na construção da Grande Pirâmide no Egito, no século XXVI a.C. Sobre Roma no século III a.C., que fundou um exército, o exército romano, cujo modelo foi seguido por séculos. Na China do século VI a.C., encontramos a doutrina de Confúcio<sup>1</sup> sobre comportamento ético de cidadãos e governantes. Modernamente as organizações contam com recursos científicos e tecnológicos que lhes permitem, também, potencializar suas chances de competitividade, em nível local e global.

Neste sentido, Ianni (1997), disserta sobre uma sociedade global em formação em cujo âmbito organizações públicas e privadas produzem, tomam decisões e se interinfluenciam sobre temas que envolvem direitos humanos, proteção do meio ambiente, saúde, educação, tecnologia e outros. O autor analisa as transformações sociais e políticas numa sociedade global e o respectivo impacto nas sociedades nacionais, sendo que as organizações – sejam econômicas, políticas, culturais ou sociais – fazem parte dessa complexidade.

Ressalte-se a contribuição das escolas do pensamento administrativo do século passado, cujas determinações de estrutura empresarial serviram de base para novos estudos e forjaram novos horizontes para o futuro das organizações. Uma dessas escolas, a Burocrática, baseada na teoria desenvolvida pelo sociólogo alemão Max Weber<sup>2</sup> defende, em linhas gerais, a aplicação de regras e

---

<sup>1</sup> Confúcio (Kung-Fu-Tzu) foi um grande filósofo e educador chinês. Criou o Confucionismo, cuja filosofia é a busca do Tao (caminho superior). Os valores mais importantes no confucionismo são: disciplina, estudo, consciência política, trabalho e respeito aos valores morais.

<sup>2</sup> Max Weber nasceu em 1864, na Prússia e faleceu em 1920. Sociólogo, cientista político e economista, seu trabalho mais relevante para o campo organizacional foi publicado dois anos após sua morte – *A teoria da organização social econômica. O tipo ideal de burocracia*, criado por Weber possui três características que são, Formalidade (as organizações são constituídas com base em normas e regulamentos explícitos chamados leis, que estipulam direitos e deveres dos participantes); Impessoalidade (nenhuma pessoa é empregada de outra, a obediência do funcionário não se deve à pessoa que ocupa um cargo investido de autoridade, mas ao cargo que ela ocupa) e Profissionalismo (de forma geral, o integrante de uma burocracia é um funcionário que recebe salário regular em troca de seus serviços e a escolha para ocupar o cargo deve-se às suas qualificações, que são

regulamentos formais, racionalidade, impessoalidade e padronização do comportamento dentro de uma estrutura organizacional formal, buscando alcançar a máxima eficiência, como relata Ribeiro (2006, p. 86-87).

Contudo, algumas características atribuídas às organizações desde as primeiras escolas do pensamento administrativo persistem e convergem como ponto comum em diferentes autores, em épocas distintas, alcançando também os dias atuais, tais como a divisão do trabalho, os mecanismos de coordenação, assim como a questão do poder.

A esse respeito, Mintzberg (2009) assevera que toda atividade humana organizada, desde a mais simples até a mais complexa dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas e a coordenação dessas tarefas. Este autor considera os mecanismos de coordenação os elementos mais básicos da estrutura organizacional, e sustenta que o poder centralizado no nível da sociedade resulta em centralização no nível organizacional e gera como consequência a burocratização do uso desse poder.

Todavia, para se realizar um estudo sobre estrutura organizacional, Carreira (2009) sugere que se faça um levantamento de dados sobre a história, o planejamento estratégico, a administração, os recursos disponíveis, o comportamento organizacional e a estrutura organizacional real<sup>3</sup>.

Da mesma forma, a identificação dos principais processos operacionais leva ao diagnóstico das ações operacionais, tais como os de produção, compras, comercial e financeira (CARREIRA, 2009). Nessa estrutura operacional, em consonância com os objetivos deste estudo, foram enfatizadas as ações operacionais de compras, entre as quais estão as aquisições de materiais, e estes representam uma parcela significativa dos custos hospitalares, conforme relatam Barbieri e Machline (2009, p. 12). Entretanto, ressaltam os autores: “A importância dos materiais nas atividades hospitalares e de saúde não se mede apenas pelo seu valor econômico, mas pela sua essencialidade à prestação dos serviços a que dão suporte”.

---

aprimoradas por meio de treinamento especializado (MAXIMIANO, 2005; CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

<sup>3</sup> A estrutura organizacional real consiste em identificar o critério de departamentalização adotado, o tipo de delegação de autoridade, a estrutura do processo de tomada de decisões, a estrutura hierárquica, os reais objetivos da empresa e de cada órgão e o balanceamento da estrutura quanto à alocação dos recursos.

Dado que os processos organizacionais estão inter-relacionados, Carreira (2009) recomenda como base conceitual a abordagem sistêmica. À luz da teoria sistêmica, a organização é vista como um sistema de variáveis mutuamente dependentes que, em conformidade com a ciência contemporânea, não isola os fenômenos em contextos estreitamente confinados; ao contrário, abre-os ao exame das interações e investigações de natureza cada vez maiores (BERTALANFFY, 2010).

Para Luhmann (2010), um sistema pode ser chamado de complexo quando contém mais possibilidades do que pode realizar num dado momento. Nessa perspectiva, se as possibilidades forem muitas, o sistema vê-se obrigado a selecionar apenas algumas delas para poder continuar operando, não conseguindo processá-las todas ao mesmo tempo. Quanto maior o número de elementos no seu interior, maior o número de relações possíveis entre eles que crescem continuamente. O sistema torna-se, então, complexo quando não consegue responder imediatamente a todas as relações entre os elementos, e nem todas as suas possibilidades podem realizar-se. Somente algumas possibilidades de relações entre elementos são realizadas; as demais ficam potencializadas.

Para esse autor, o objeto do estudo dos sistemas é a diferença entre sistema e ambiente - não um sistema ou um ambiente isoladamente - onde o sistema é o lado interno e o ambiente é o lado externo. Na interação com o ambiente, o sistema tende a formar subsistemas para tornar o ambiente menos complexo para ele. Tal ocorre em virtude do ambiente apresentar inúmeras possibilidades ao sistema, ocasionando um aumento de desordem e contingência. O sistema, então, seleciona apenas algumas possibilidades que lhe fazem sentido de acordo com a função que desempenha, tornando o ambiente menos complexo para ele.

Nesse processo de autodiferenciação ocorre a evolução do sistema, a qual não ocorre de forma isolada, pois ela depende dos estímulos do ambiente. Conforme a tolerância do sistema, os estímulos podem levá-lo a mudar suas estruturas. Essa característica de produzir a si mesmo é chamada de autopoiese, responsável por um aumento constante de possibilidades até que a complexidade atinja limites não tolerados pela estrutura do sistema, levando-o a mudar sua forma de diferenciação.

Na mesma linha de argumentação dessa teoria dos sistemas, Luporini e Pinto (1985) entendem a organização como um sistema. Dessa forma, os sistemas

administrativos, que também são considerados subsistemas do sistema organizacional podem ser avaliados pelos seguintes elementos básicos objetivos: entradas, processador, saídas e realimentação.

Sobre esses elementos básicos Maximiano (2005), identifica entradas como recursos físicos e abstratos, inclusive as influências e recursos recebidos do meio ambiente; o processador interliga os componentes e transforma os elementos de entrada em resultados do sistema, como produtos e serviços para os clientes ou usuários e realimentação é o retorno ao sistema, da informação, que vai reforçar ou modificar o comportamento do sistema.

Entretanto, Luporini e Pinto (1985) citam a existência de condicionantes do sistema administrativo, identificados como de natureza externa e interna e, nesta última, encontra-se a estrutura organizacional, tendo em vista as relações de autoridade e responsabilidade, funções e sistema de comunicação. Desse modo, fica evidente a importância de se compreender os processos organizacionais (ou sistemas operacionais) na relação com a estrutura organizacional.

A pertinência do estudo acerca desta relação é mais evidente num tipo de organização peculiar como um hospital, onde os recursos materiais, sob a responsabilidade do sistema operacional de compras, desempenham um papel fundamental na preservação das atividades-fim dessa organização, que é a prestação de serviços de saúde. Assim, os recursos materiais podem representar a recuperação da saúde, quando bem administrados ou a perda de vidas humanas, quando mal administrados. Sobre essa questão, Barbieri e Machline (2009) afirmam que a administração de material pode ser entendida como uma área especializada da administração geral de uma organização e como tal trata-se de um trabalho realizado por meio de pessoas para entregar o material certo ao usuário certo, no momento e nas quantidades certas, observando as melhores condições para a organização, e que para isso é necessário estabelecer ações planejadas, controle, organização e outras diretrizes relacionadas com o fluxo de materiais e informações dentro e fora da organização.

No âmbito do Estado, a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, artigo 8º, “incumbe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a competência de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, o que inclui, dentre outras atividades, a concessão de registro de produtos” – inciso IX do art. 7º da Lei nº 9.782/99 (BRASIL, 2010, p. 1).

Neste sentido, a ANVISA recomenda aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), adquirir artigos médico-hospitalares obedecendo a critérios estabelecidos em legislação pertinente, porém sem prejuízo da qualidade desses materiais, com o melhor aproveitamento pelos usuários, com a melhor tecnologia e o menor risco possível para usuários e trabalhadores de saúde. Ainda segundo esta Agência:

A aquisição de artigos sem análise de qualidade, para o uso em serviços de saúde, pode resultar na ocorrência de eventos indesejáveis, pode levar ao agravamento da condição de saúde do paciente, colocar em risco a saúde do profissional de saúde, além de significar desperdício de recursos financeiros investidos na compra de artigos que não atendam ao propósito a que se destinam (BRASIL, 2008, p. 6).

Lócus deste estudo, o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) – classificado como hospital público de média e alta complexidade, é uma unidade acadêmica especial da Universidade Federal do Pará (UFPA), certificado como “*hospital de ensino*” (BRASIL, 2004, p. 64) e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em decorrência desse perfil e dado o volume e a complexidade dos serviços prestados pelo hospital, foi avaliada a eficácia de sua logística de materiais, tendo como pressuposto que uma ação é considerada eficaz quando a diferença entre o pretendido e o efetivamente alcançado se aproxima de zero (MOTTA, 2001a, p. 98) e o pretendido no caso dos recursos materiais é que não haja falta nem excessos. Em função dos objetivos organizacionais pretendidos e de metas organizacionais a alcançar, a logística de materiais precisa ser bem administrada para que o nível de serviço (combinação dos objetivos da organização com a satisfação dos seus clientes ou usuários) seja elevado (BARBIERE; MACHLINE, 2009).

Nesta perspectiva, a ANVISA (BRASIL, 2003, p. 5) sustenta: “No caso da prestação de serviços de saúde e de todos os insumos necessários à atividade, não basta que não haja riscos, que sejam inócuos, mas é preciso haver eficácia”.

Com relação à estrutura organizacional o setor saúde se apresenta com uma complexidade que se justifica pela natureza de suas atividades, especialmente no caso dos hospitais, que como enfatiza Mintzberg (2009, p. 322), “Hospitais são estruturas incrivelmente complexas”. A organização hospitalar presta serviços tangíveis para pessoas, através de pessoas, porém, em um ambiente cercado por

crenças e valores (intangíveis) de atores como o especialista e o doente, e por crenças e valores de atores como os que administram e os que executam. “[...] O usuário não só avalia o produto final, mas também o processo, que envolve a forma de agir e até o humor de quem presta o serviço” salienta Motta (2001a, p. 98).

Do exposto, considerando a importância do processo logístico nas organizações – em especial nas hospitalares –, a complexidade do processo aquisitivo nas organizações públicas e seus condicionantes internos e externos e a relevância social dos hospitais universitários, o questionamento que embasou este estudo foi:

*De que maneira a logística de materiais interfere no alcance dos objetivos da organização hospitalar dentro da estrutura organizacional do Hospital Universitário João de Barros Barreto?*

A presente dissertação foi estruturada em quatro capítulos: O capítulo 1 introduz o tema da pesquisa, contextualiza e formula a questão da pesquisa. O capítulo 2 apresenta o desenvolvimento de um referencial analítico sobre a importância das organizações, as mudanças ocorridas, seus elementos estruturantes e seus processos internos. Aborda a logística de suprimentos em geral e no serviço público em particular. Apresenta uma evolução do hospital como organização e como componente do sistema de saúde e apresenta a metodologia utilizada na pesquisa. O capítulo 3 apresenta os resultados da pesquisa, a descrição dos procedimentos para a coleta de dados e a análise de dados, caracterizando e descrevendo a trajetória do Hospital Universitário João de Barros Barreto, *lócus* do estudo. O capítulo 4 apresenta as considerações finais.

## 2 ORGANIZAÇÕES E LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E METODOLÓGICOS

Partindo de uma argumentação despretensiosa sobre a importância das organizações, Schein (1982) comenta que a própria idéia de organizar fundamenta-se no fato de que o indivíduo sozinho é incapaz de satisfazer a todas as suas necessidades e desejos e que de um modo geral, como lembra o autor, as escolas, os hospitais, os partidos políticos, as igrejas, as empresas etc., são exemplos de que todos nós passamos por organizações ao longo da vida. Seguindo esse raciocínio, é lícito afirmar que as organizações se estruturam a partir de perspectivas políticas, econômicas ou culturais demandadas pela sociedade, que é, ao final, sua beneficiária.

Silvestre (2010) corrobora com essa argumentação ao comentar que o fornecimento de bens e a prestação de serviços atende, em primeira instância, às demandas sociais no sentido de satisfazer necessidades coletivas individualmente sentidas, que no caso das organizações públicas é feita gratuitamente, a preço inferior ao custo de produção ou a preço inferior ao praticado no mercado. Ainda segundo o autor, o Estado é uma organização provedora do bem-estar material e espiritual dos cidadãos através dos seus poderes executivo, legislativo e judiciário.

Portanto, com relação à produção de bens e à prestação de serviços de um modo geral, a vida diária das sociedades é norteadas por organizações.

### 2.1 ORGANIZAÇÕES: HISTÓRIA E MUDANÇA SOCIAL

A trajetória das organizações tem relação direta com a trajetória da sociedade e as transformações sociais ocorrem por meio da evolução da produção e dos mercados. Desse modo, Castells (2002) associa as várias tendências organizacionais que surgiram a partir do processo de reestruturação capitalista e transição industrial.

Por outro lado, falar de organizações implica falar de revoluções que impulsionam a vida no planeta, sejam sociais, políticas, científicas ou tecnológicas. É

sabido que a Segunda Guerra Mundial impulsionou um grande e célere desenvolvimento de experimentos para fins bélicos, que em tempos de paz se traduziram em grandes avanços para o bem da humanidade, em várias áreas do conhecimento. A revolução informacional tornou possível o alcance do inimaginável antes, apesar de não alcançar a todos os cidadãos dos confins do planeta, em regiões que ainda não foram conectadas (para usar o termo da tecnologia).

Nesse sentido, das mudanças, Motta (2001b) avalia que as transformações contemporâneas atingiram indústria, comércio e serviços e tornaram as organizações mais complexas, alterando significativamente as formas de produção, as relações de trabalho, as concepções de gerência e as formas de organização do trabalho. O autor cita como exemplo as inovações tecnológicas, que em um sentido mais elaborado exigem do trabalhador um desempenho antes ausente do processo de trabalho como o domínio de sistemas informatizados e o processamento das informações como ferramentas administrativas de planejamento e estratégias.

Ainda sobre inovação, Carreteiro (2009, p. 10) descreve a classificação do Fórum de Inovação da Fundação Getúlio Vargas/SP, onde inovação de processos significa desenvolvimento de novos meios de produção ou de novas formas de prestação de serviço e inovação de gestão significa o desenvolvimento de novas estruturas organizacionais, novas formas de distribuição e logística etc., e acrescenta que a inovação, definida de uma forma simples, se traduz na capacidade de transformar idéias em produtos ou serviços, podendo estar em qualquer ponto da cadeia produtiva.

No âmbito do setor público as organizações públicas constituem a chamada máquina administrativa pública, acerca da qual é amplamente difundido certo grau de ineficiência. Miranda; Macieira e Santos (2004) apontam como causa de ineficiência a essência burocrática dos processos da máquina administrativa e da instabilidade do ambiente político, além de limitações inerentes ao servidor público, principalmente no que se refere à gestão organizacional.

Tratando dessa ineficiência, na saúde, Labra (1988) declara que ela seria extensiva, em geral, a toda a organização sanitária nacional, que é comumente caracterizada como altamente "burocratizada", e os serviços sanitários seriam, em resumo, *reinos da incompetência*. Segundo essa autora, tal visão corresponderia à imagem popularizada da burocracia pública, que evoca a rotina, o excesso de pessoal, a corrupção, etc. frente à eficiência e probidade da atividade privada. Para

ela, ainda que essa imagem possa ter correspondência concreta com aspectos do funcionamento desses aparatos estatais, para compreender a verdadeira natureza de fenômenos ditos "patológicos", seria necessário apreender não somente a forma, mas também o conteúdo das contradições entre a racionalidade política e a racionalidade técnica que guiam as decisões burocráticas.

## 2.2 ESTRUTURAS E PROCESSOS ORGANIZACIONAIS

As organizações são estruturadas para responder a demandas sociais por bens e serviços e para conquistar mercados.

Portanto, traçar objetivos, estabelecer metas e perseguir resultados são, em qualquer época, elementos fundantes de uma organização, seja comercial, econômica, política, cultural ou social. Entretanto, a missão da organização deve fornecer um sentido de direção e ação nítidas como referência ao propósito final, a ser conhecida pelos usuários, provedores e público externo e internalizada pela equipe organizacional (MOTTA, 2001a, p. 55). De outro lado, a visão organizacional é uma imagem futura que inspira, motiva e determina a orientação e as ações levadas a efeito no presente, que deve ser compartilhada com todos os membros da organização, afirma Caravantes; Panno e Kloeckner (2005, p. 414).

Para Mintzberg (2009, p. 20) as organizações são estruturadas para “capturar e dirigir os sistemas de fluxos e para definir os inter-relacionamentos das diferentes partes”. O autor defende a idéia de que as organizações possuem cinco partes básicas e as demonstrou através de um diagrama que usou, também, para demonstrar outras situações como, por exemplo, o funcionamento das organizações. A seguir, descrevemos as cinco partes básicas de uma organização.

1. Núcleo Operacional (situado na base da organização);
2. Cúpula estratégica (situada na extremidade superior);
3. Linha intermediária (situada entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional);
4. Tecnoestrutura (suporte especializado, fora da linha de autoridade);
5. Assessoria de apoio (suporte especializado, fora da linha de autoridade).

Com relação ao organograma Mintzberg (2009) o considera uma figura controversa, posto que as organizações possuam relacionamentos de poder e comunicação que não estão escritos no papel. Sobre essa questão, Araújo (2004, p. 175-176) considera o organograma um poderoso instrumento de trabalho cujos objetivos são demonstrar a divisão do trabalho através do fracionamento da organização em unidades, cargos e funções e a relação de subordinação, além de possibilitar fácil leitura e interpretação. Entretanto esse autor também chama atenção para “a organização que não aparece no organograma” (ARAÚJO, 2004, p. 176) ao se referir à organização informal.

A propósito dessas afirmações, a percepção da existência de uma *organização informal* – relacionamentos não oficiais no grupo de trabalho – constata que não é possível padronizar o comportamento humano dentro do ambiente organizacional tal como propunha o modelo burocrático de Max Weber (RIBEIRO, 2006).

Por outro lado, Merhy e Cecílio (2003, p. 112-113) abordam questões relacionadas à micro política do hospital à luz dos mecanismos de coordenação, em cuja análise o modelo funcionalista/sistêmico mostra não dar conta de explicar a complexidade do cotidiano hospitalar. Para os autores o hospital possui três lógicas de coordenação, onde a primeira é a das profissões ou especialidades, a segunda é da coordenação por serviços ou unidades e a terceira é a lógica do cuidado, sendo que as duas primeiras são visíveis no organograma, o que não ocorre com a terceira, apesar de sua importância para o funcionamento do hospital. Nesse aspecto, uma explicação possível, segundo os autores, é de que ela é feita, de fato, pela enfermagem, que no complexo território de poder do hospital tem uma relação de subalternidade em relação ao médico. Entretanto,

a enfermagem não faz ‘apenas’ a coordenação do seu pessoal. Ela vai além, lançando um papel muito mais ‘estratégico’ para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 114).

Em relação aos processos organizacionais eles são considerados subsistemas do sistema produtivo e como atividades coordenadas que envolvem pessoas, procedimentos e tecnologia, sendo que processos eficientes e eficazes produzem resultados imperceptíveis para os clientes externos, mas são essenciais

para a gestão efetiva do negócio Gonçalves (2000, p. 11). Em consonância, Miranda; Macieira e Santos (2004) define o processo organizacional como um conjunto estruturado e mensurável de atividades com um propósito específico e orientadas para o cliente final, integrados à estrutura organizacional.

Portanto, a organização hospitalar no contexto das teorias do pensamento administrativo, resguardadas as peculiaridades pelo tipo de serviço prestado, não demonstra diferença substantiva de outras organizações, partindo da premissa de que o hospital é uma organização com uma estrutura desenhada para estabelecer autoridade, coordenação, controle, tomada de decisão, gerir conhecimentos e processos, agregar tecnologias e inovações e interagir local e globalmente.

Motta (2001a) defende a flexibilidade estrutural em contraponto à rigidez estrutural, e aponta a estrutura com base na equipe (menos hierarquia, responsabilidade compartilhada e equilíbrio de poder dinâmico) onde:

O serviço se torna um conjunto de pequenas equipes, administradas com o máximo de interdependência. A conexão entre as equipes se dá por um intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todas as equipes e cada uma das partes tem a visão do todo e sabe bem o que se passa nas outras partes (MOTTA, 2001a p. 51-53).

Entretanto, “a organização também pode insistir em uma estrutura apropriada para épocas que já passaram” Mintzberg (2009, p. 169-170).

### 2.3 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NO SISTEMA DE SAÚDE

As políticas de saúde nas abordagens de Foucault (1985) fazem alusão, inicialmente, ao desenvolvimento de um mercado médico de atendimento a clientes privados e de uma clínica centrada no exame, diagnóstico, e terapêutica individuais, precedendo o surgimento da medicina do século XIX. A política de saúde é, até certo ponto, uma espécie de noso-política, cabendo ao Estado, embora não exclusivamente, a iniciativa, organização e controle dessa noso-política, criando órgãos como a Sociedade Real de Medicina, em 1776 na França ou distribuindo medicamentos gratuitamente, como ocorreu, também na França.

No Brasil, na década de 1980, os pilares institucionais fundamentais do setor público da saúde são o “Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/MPAS), o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais de Saúde” (LABRA, 1988, p. 41).

Bravo (2001, p. 3) aborda a questão da saúde pública no Brasil desde as primeiras iniciativas do poder central, a exemplo da reforma Carlos Chagas em 1923, de estender o atendimento à saúde em todo o país. Segundo a autora a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs.) em 1923 se constituiu em uma das medidas mais importantes para o nascimento do esquema previdenciário brasileiro. Contudo, o acesso era restrito aos trabalhadores vinculados às empresas que tinham condições de manter o empreendimento, que era financiado pela União, pelas empresas e pelos empregados.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller (BRAVO, 2001, p. 5).

Merhy e Cecílio (2003) argumentam que o papel do hospital no sistema de saúde vai além da sobrevivência no mercado como empresa, especialmente as organizações hospitalares públicas, por terem como desafio o atendimento de cidadãos no exercício de direitos embasados em temas como universalidade, equidade e qualidade. Segundo estes autores o comprometimento do hospital deverá ser com a efetivação da política de saúde global.

Ao mesmo tempo, as reformas empreendidas nos sistemas de saúde abrem um leque de haveres institucionais que incluem desde a redefinição do papel do hospital na assistência como também a sua reorganização interna, com implantação e difusão de novas formas de prestação de cuidados, adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação, argumentam Giovanella et al. (2008).

### **2.3.1 O Hospital: de ambiente de segregação a instrumento terapêutico**

Foucault (1985) descortina a origem do hospital como instrumento terapêutico, marco que se dá a partir do final do século XVIII. Nesse trabalho, Foucault mescla esse marco com uma parte da história da medicina, que até meados desse mesmo século XVIII se constituía um saber independente da prática hospitalar.

Esse autor esclarece que, até meados do século em referência, o hospital era uma instituição de assistência, mas também de segregação. Na essência, a assistência era dirigida aos pobres doentes, que por representarem potencial para contágio, eram recolhidos para morrer em paz, com assistência material prestada por leigos e religiosos, mas, principalmente, assistência espiritual para garantir a salvação de sua alma. Sob essa inspiração, podemos dizer que o hospital era um lugar para morrer, não para curar. Por outro lado, os hospitais também serviam para o recolhimento de desempregados, funcionando como instrumento de medida política para resolver a ociosidade, em substituição às punições então praticadas pelo Estado.

É somente a partir da segunda metade do século XVIII que o hospital passa a ser concebido como instrumento de cura, fato que se dá concomitantemente à transformação da medicina, decorrente de transformações no saber e prática médicos, tendo como uma de suas ações a disciplinarização do ambiente hospitalar. Nesse momento, ocorre uma inversão nas relações hierárquicas no hospital com a ascensão do médico na organização e no comando da instituição hospitalar, onde a concepção do hospital evolui para a de um instrumento de cura e terapêutico, em substituição à forma de organização da comunidade religiosa, vigente. No final do século XVIII, temos a cristalização do personagem médico no hospital.

É importante que se diga que essas transformações estruturais no hospital estão inseridas num contexto histórico determinado, que funcionou como força motriz a tais transformações.

No século XVIII, denominado de Século das Luzes<sup>4</sup>, a Europa vivia um momento de intensas transformações. Nesse século, o progresso atingia todos os setores: arte, ciência, técnica, pensamento. Na verdade, estava em curso uma verdadeira "revolução do espírito", como dizia Voltaire um dos expoentes do Iluminismo. O Século das Luzes foi marcado, na Europa, pelo aumento da produção agrícola, pela urbanização acelerada, pela invenção da máquina a vapor e da locomotiva e pela Revolução Francesa.

Outra face do progresso constatado pela história desse período é que os homens do século XVIII se tornaram mais cultos e bem informados. A difusão dos livros foi muito sensível no século XVIII, e meio seguro para a propagação dos valores emergentes; estratos sociais como comerciantes e o baixo clero tomaram-se por esta época leitores muito assíduos. Da mesma forma, os jornais também prestaram a sua contribuição ao desabrochamento da opinião e do espírito público ao tratarem de todo tipo de assunto, inclusive aqueles que colocavam expostas as mazelas do regime absolutista, vigente à época.

Em tal circunstância, diversas áreas do conhecimento ganharam impulsos extraordinários. No campo da física, uma nova energia tornava-se objeto de estudo: a eletricidade, força até então inexplicável. No final do século XVIII, o italiano Alessandro Volta (1745-1827) conseguiu, finalmente, produzir e controlar a energia elétrica por meio de sua famosa pilha; paralelamente, o francês Lavoisier (1743-1794) introduziu uma nova ciência – a química moderna – com a qual era possível explicar fenômenos obscuros, como, por exemplo, a combustão, desvendando assim segredos da composição da matéria; nesse mesmo período, médicos e naturalistas puderam explicar com precisão científica muitos dos "mistérios" do corpo humano, dos organismos vegetais e dos elementos do reino mineral.

Nesse contexto, o desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX suscitou o interesse no corpo enquanto objeto a ser socializado e no qual a sociedade capitalista investiria, tendo em vista a força de produção, evidenciando o corpo como realidade bio-política e a medicina como estratégia bio-política.

---

<sup>4</sup> A expressão Século das Luzes se refere marcadamente ao Século XVIII e se caracteriza por um dos mais importantes e prolíficos períodos da história intelectual e cultural do ocidente: o Iluminismo. Com origem na França, o termo iluminismo está relacionado com esclarecimento, porque, para os iluministas, os homens da sociedade do antigo regime viviam nas "trevas da ignorância".

É sob essa orientação que, por exemplo, a Inglaterra cria a Lei dos Pobres, na qual uma nova forma de medicina – a medicina social – se estabelece. Trata-se de um sistema de assistência que impõe um rigoroso e autoritário controle médico à classe pobre, que tem ajuda assegurada, e que concebe que a classe rica tenha a saúde protegida de doenças que poderiam ser transmitidas pelos pobres. A rigor, tal orientação visava garantir tão-somente mão-de-obra saudável para o capitalismo industrial que então se estruturava. Portanto, tal modelo de assistência não visava somente a saúde do ser humano, mas também a força de trabalho útil.

Concomitantemente, outros acontecimentos concorreram para a transformação do hospital, tais como o desenvolvimento da teoria bacteriológica (descobertas de Pasteur e Koch), o uso de métodos assépticos e anti-sépticos (que diminuiram drasticamente o número de mortes por infecção), a introdução da anestesia (que permitiu a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito). Do exposto, é lícito supor que esses acontecimentos contribuíram fortemente para alterar a imagem do hospital, que deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer, transformando-se em local onde se dispensavam cuidados médicos.

É no contexto desse ganho de complexidade que emergem duas práticas até então independentes e que passam a ser exercidas no mesmo ambiente (o hospital): a medicina e a enfermagem.

A partir de 1860, graças aos esforços de Florence Nightingale, a enfermagem, como função leiga, adquire certo status técnico, contribuindo para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo. Para Florence, os principais defeitos dos hospitais residiam na falta de adequada iluminação e ventilação naturais, assim como áreas mínimas por leito (e na própria superlotação). Ela estabeleceu as bases e as dimensões do que, posteriormente, se tornou conhecida como "enfermaria Nightingale". A partir de 1867 e, por no mínimo, cinqüenta anos, a "enfermaria Nightingale" torna-se o modelo de "espaço de internação", espalhando-se por todo o mundo ocidental.

Pode-se dizer que esse tipo de enfermaria representa um dos elementos mais importantes e característicos da estrutura do hospital no final do século XIX. Ela divide as funções de internação, cirurgia e diagnóstico, consultórios e atendimento ambulatorial, administração e serviços de apoio em construções/edificações específicas e apropriadas a cada uso.

É nesse período que surge a descentralização, a separação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares, com aumento da complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções. Nos séculos seguintes, a pesquisa científica, direcionada para a área farmacêutica e o controle das infecções, figura como meta de atingimento para a obtenção de qualidade no atendimento hospitalar.

Paralelamente, duas inovações do último quarto do Século XIX contribuem enormemente para o desenvolvimento de uma medicina cada vez mais científica e hospitalar: a formulação da teoria microbiana, que explicava a etiologia das doenças infecciosas; e a descoberta dos Raios-X, que rapidamente se difunde e se desdobra em serviços hospitalares de Raios-X.

Nas primeiras décadas do século seguinte, a pesquisa científica direcionada para a área farmacêutica e o controle das infecções, ao lado dos aperfeiçoamentos da organização hospitalar, conformam as bases do modelo de atenção à saúde que irá predominar durante o século XX, culminando na criação dos sistemas nacionais de saúde.

### **2.3.2 Sistemas de Saúde no Brasil**

Os sistemas de saúde no Brasil remontam às políticas de seguro social a partir da segunda década do século XX e se caracterizavam por atenderem, num primeiro momento, a determinadas categorias de trabalhadores, em um reduzido número de serviços de atenção à saúde.

O caminho que levou à garantia da universalidade e da integralidade da atenção à saúde no Brasil, hoje contemplada no Sistema Único de Saúde (SUS) – sistema esse que é referência mundial em atenção à saúde – foi marcado por muitos obstáculos, cujas origens muitas vezes estavam associadas à própria fragilidade da estrutura estatal para viabilizar um sistema de saúde num país de enormes contrastes sociais, culturais e econômicos.

Por outro lado, é imprescindível ressaltar que a trajetória da atenção à saúde pública no Brasil foi marcada, em todos os seus momentos decisivos, pela participação de setores da sociedade civil organizada – sindicatos, movimentos

populares, profissionais da área da saúde especializados etc. – que, organizados, pressionaram e propuseram às autoridades suas reivindicações, contribuindo, dessa forma, para a melhoria contínua da política de saúde pública.

O *Quadro 01 - Evolução dos Sistemas de Saúde no Brasil* a seguir apresenta, de forma sucinta, a evolução da atenção à saúde pública no Brasil, a partir de um modelo sistêmico - o qual foi inaugurado pelo sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), em 1923, durante a chamada República Velha, culminando com o SUS, em 1988. O quadro objetiva tão-somente mostrar o desenvolvimento da concepção sistêmica de saúde pública nos diferentes momentos do Estado brasileiro, sem considerar o mérito do desempenho em eficácia, eficiência e efetividade desses sistemas.

Ano	Período	Características do Sistema de Saúde
1923	República Velha	Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, institui o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Cada órgão estabelecia seu regulamento, resultando que os planos dependiam da capacidade de receita disponível das contribuições dos trabalhadores.
1926	República Velha	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), dentre eles o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), que foi o primeiro Instituto destinado aos funcionários públicos federais. Os IAPs congregavam o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. As legislações desses institutos revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão. As disparidades normativas entre os IAPs contribuíram para que surgissem reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual.
1942	Estado Novo	Criação, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial. No decorrer de sua existência, o SESP (transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde) destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, tais como técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública.
1949	República Nova	Criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.
1960	República Nova	Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS - Lei nº 3807 de 26/8/1960), que uniformizou as regras dos IAPs, mas manteve a organização institucional segmentada. De qualquer forma, a promulgação da LOPS trouxe um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos. A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos.

Ano	Período	Características do Sistema de Saúde
1966 -1976	Ditadura Militar	Período de consolidação da duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social. Essa 'fusão' das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde. Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema. Foram ainda introduzidas algumas modificações na LOPS e no extinto SAMDU.
1968	Ditadura Militar	Criação, pelo Ministério da Previdência, do Plano de Pronta Ação (PPA). Coerente com a estratégia gradualista de extensão de cobertura adotada pela previdência social, o PPA rompeu - mais uma vez (a primeira foi com a criação do SAMDU) - a lógica da vinculação do direito de assistência médica à condição de contribuinte da previdência. O PPA consistia num conjunto de mecanismos normativos cuja finalidade maior era proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social.
1975	Ditadura Militar	Lei nº 6229, disposta sobre organização do SNS, definiu dois grandes campos institucionais: 1) o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente ( <i>sic</i> ) voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e 2) o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente ( <i>sic</i> ) para o atendimento médico-assistencial individualizado. Os estados, territórios e o Distrito Federal teriam como atribuições o planejamento integrado de saúde, criação e operação de serviços de saúde em apoio às atividades municipais. Enquanto aos municípios caberia a manutenção de serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro ( <i>sic</i> ); vigilância epidemiológica. Apesar de suas limitações, a chamada Lei do SNS pode ser reconhecida como um passo importante não só por se tratar da primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, dentro dos limites permitidos no contexto político então vigente, como por representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização do sistema há muito apontadas por estudiosos do setor.
1986	Nova República	VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). As sete primeiras conferências haviam sido eventos técnicos, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria vinculados ao Ministério da Saúde e à problemática sanitária de responsabilidade dessa agência. A VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde. Consolidou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Ano	Período	Características do Sistema de Saúde
1988	<b>Nova República</b>	Reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o consequente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição do sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social. O <i>Ministério da Saúde</i> como responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Ao Ministério da Saúde também cabem a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional e a regulação do setor privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços, bem como de parâmetros de cobertura assistencial.

**Quadro 01** – Evolução dos Sistemas de Saúde no Brasil.

Fonte: Mercadante (2005)

A partir da Constituição Federal de 1988 as lutas no sentido de concretizar o direito pleno à saúde culminaram com iniciativas institucionais, como as Leis Orgânicas da Saúde – Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990b) e Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990c); o Decreto n. 99.438/90 (BRASIL, 1990a) – Organização do Conselho Nacional de Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOB) – 1991, 1993, 1996 (BRASIL, 1997) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002b).

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990b) regulamentou o Sistema Único de Saúde, que agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados - contratados e conveniados – de saúde. A Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990c) estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As Normas Operacionais Básicas definiram estratégias e táticas à operacionalidade do Sistema. “[A NOB-SUS/96] Tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes” BRASIL (1997, p. 6).

Com relação aos recursos de custeio destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, o repasse passou a ser feito por Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo), que consiste na transferência de valores diretamente do Fundo

Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, ou por Remuneração por Serviços Produzidos.

Em 2002 a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS (BRASIL, 2002), estabeleceu a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e estabeleceu a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios BRASIL (2002, p. 1).

A ampliação do acesso na Atenção Básica teve início com a implementação do Piso de Atenção Básica, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.882/1997 com a expansão da estratégia da Saúde da Família.

Em relação às novas bases na direção de um processo mais solidário de gestão no SUS, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro/2006, publicado na Portaria GM/MS nº 399 de fevereiro/2006, estrutura-se em três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida estabelece como compromissos uma política voltada à saúde do idoso, a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama, a Redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento do sistema no enfrentamento de doenças emergentes e endêmicas, a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde e a consolidação e a qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS apresenta diretrizes, tal como qualificar e assegurar o SUS como política pública, iniciativas tal como a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema e ações tal como a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.

Por fim, o Pacto de Gestão do SUS define diretrizes e responsabilidades em cada eixo de ação, que são: Descentralização, Regionalização, Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada e Integrada, Regulação da atenção à saúde e regulação assistencial, Participação e controle social, Gestão do trabalho e na Saúde e, Educação na Saúde.

Ressalte-se que o SUS, instituído pela Constituição de 1988, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, possuindo convênio com quase toda

a rede hospitalar brasileira. Fazem parte do SUS hospitais públicos, privados, conveniados, filantrópicos e universitários, que garantem ao cidadão o direito constitucional de acesso à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, existem 6.500 hospitais no país integrados ao SUS, sendo 48% deles particulares. Essas instituições podem oferecer desde o simples atendimento ambulatorial até transplantes de órgãos. Entre as unidades da rede pública que atendem pelo SUS estão 69 hospitais federais, 618 estaduais e 2.278 municipais, espalhados por todos os estados brasileiros. Todos os hospitais universitários atendem pelo sistema de saúde público.

## 2.4 LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

As atividades voltadas para administrar o fluxo de materiais e de informações relacionadas com esse fluxo ao longo da cadeia de suprimento constituem o que genericamente se denomina logística, que constitui o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo eficiente e economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e informações relacionadas com essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o objetivo de atender as exigências dos clientes<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, a logística atua em todo o fluxo, desde os fornecedores de materiais até a entrega de produtos aos clientes externos à organização, incluindo a prestação de serviços pós-venda e pós-entrega, como a assistência técnica e a prestação de serviços de garantia (BARBIERE; MACHLINE, 2009, p. 4).

Dentro da logística de suprimentos se faz necessário destacar uma área de grande importância. A área de compras, que é uma das funções da gestão de materiais e que mantém a ligação entre a organização e os fornecedores, e segundo Barbieri e Machline (2009) também trata da aquisição de bens patrimoniais e da

---

<sup>5</sup> Para melhor correlacionar categorias similares da administração privada e da Administração Pública, nesta pesquisa o termo 'cliente' designará *servidor-usuário*. Tal designação se dá porque, em estando o HUUJB inserido no âmbito do Serviço Público, seus agentes são legalmente denominados 'servidores'. Já a designação 'usuários' se justifica para diferenciar os servidores que utilizam os materiais obtidos pela cadeia logística objeto desta pesquisa dos demais.

venda de bens materiais inservíveis. Os autores ressaltam atividades que são específicas dos processos de compra de uma organização, que são:

- a) Manutenção de cadastros de fornecedores;
- b) Emissão de pedidos de compras;
- c) Elaboração de cotações;
- d) Negociação, contratação, diligenciamento ou acompanhamento, avaliação

de fornecedores e desenvolvimento de novos fornecedores.

Em outra frente de atividades, a área de compras presta assistência aos usuários internos, fornecendo informações sobre materiais para efeito de padronização ou atividade similar. Ressalte-se que existem três tipos de compras: compras normais de itens padronizados, compras de emergência e compras de itens não padronizados.

No âmbito do serviço público, a aquisição de bens materiais apresenta uma diferenciação que caracteriza essa atividade. Isso ocorre porque as organizações da Administração Pública adquirem os materiais e contratam obras e serviços de acordo com procedimentos denominados licitação, onde esses procedimentos são estabelecidos pela legislação e visam à obtenção de contratos mais vantajosos para a Administração e, por outro lado, visam a igualdade de oportunidade para os que desejam firmar contrato com ela (BARBIERE; MACHLINE, 2009).

Trata-se da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o artigo 37, XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (FRANÇA, 2010, p. 17). A autora define licitação como:

Um procedimento administrativo preliminar que permite à Administração a seleção de seu futuro contratante dentre todos os concorrentes que acorrerem ao seu chamamento, escolhendo o que melhor convier ao serviço público (FRANÇA, 2010, p. 19)

Nas organizações hospitalares, resguardadas as devidas diferenças entre o setor público e o privado, logística de suprimentos consubstancia um processo que requer planejamento, coordenação, controle, organização e outras diretrizes e ações que dizem respeito ao fluxo de materiais e informações dentro e fora da organização (BARBIERE; MACHLINE, 2009).

Para estes autores, uma gestão adequada de materiais evita situações que podem ser fatais para a organização hospitalar – a compra cara e o estoque excessivo e fatal para o paciente – a falta de material no momento em que é necessário. Portanto, assim como a falta, o excesso de materiais é igualmente prejudicial para as organizações por gerarem despesas desnecessárias e aumentarem a possibilidade de perda por vencimento de validade ou por obsolescência.

No mesmo sentido, Vecina Neto e Drouin (1993, p. 194) ressaltam que um sistema de materiais não pode aceitar rupturas ou faltas no processo. Em suma, afirmam os autores, este sistema, que existe para satisfazer seus usuários, deve estar embasado por uma visão global do processo produtivo.

#### 2.4.1 Aquisições e contratações na Administração Pública

No que diz respeito às aquisições e contratações de obras e serviços nas organizações da Administração Pública, essas ocorrem de acordo com procedimento licitatório. A Lei nº 8.666/1993, que regulamenta o inciso XXI do Art. 37 da Constituição Federal (CF) é o estatuto jurídico das licitações e dos contratos para todas as entidades da Administração Pública, onde legalidade, impessoalidade, igualdade, moralidade, probidade administrativa, publicidade, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo e eficiência são os princípios da licitação<sup>6</sup> sendo este último introduzido pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998 (BARBIERI; MACHLINE, 2009).

---

<sup>6</sup> Princípios gerais da licitação citados no artigo 37 da CF: **Legalidade** estabelece que o processo licitatório deve estar em consonância com a legislação em todas as fases. **Impessoalidade**, que o gestor público deve agir conforme a lei e apresentar comportamento isento. **Igualdade** determina que a Administração não pode discriminar os licitantes sob nenhuma circunstância. **Moralidade e Probidade Administrativa** relaciona-se com requisitos de conduta ilibada no trato com a coisa pública. **Publicidade** deve garantir a livre concorrência e transparência dos procedimentos. **Vinculação ao Instrumento Convocatório** (edital ou convite) estabelece que a Administração não pode descumprir as normas e condições do edital ou carta-convite, ao qual se acha estritamente vinculada. **Julgamento Objetivo** relaciona-se a julgamento baseado nos critérios previamente estabelecidos no edital ou convite e de acordo com fatores exclusivamente neles referidos, de maneira a possibilitar sua aferição pelos licitantes e pelos órgãos de controle. **Eficiência** busca assegurar o melhor emprego dos recursos públicos.

O Art. 3º da Lei nº. 8.666/1993 determina:

A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (FRANÇA, 2010, p. 28).

A Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, Art. 8º, incumbe à ANVISA, a competência de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública. Em vista disso, o registro e o cadastro de produtos na ANVISA são regulamentados por resoluções específicas de acordo com a natureza de cada um. Além disso, existe a Vigilância Sanitária (VISA) local que é uma entidade vinculada diretamente à Secretaria de Saúde dos seus respectivos estados e municípios. ANVISA e VISAs integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) “de forma a promover e garantir a segurança da saúde da população brasileira” (BRASIL, 2010, p. 1).

Barbieri e Machline (2009) informam que uma cadeia de suprimentos é um conjunto de unidades produtivas unidas por um fluxo de materiais e informações com o objetivo de satisfazer às necessidades de usuários ou clientes específicos<sup>7</sup>. Segundo essa compreensão, no sentido de contribuir para um perfeito entendimento da logística nas organizações, esses autores mencionam algumas atividades de suprimento, que também são comuns às organizações hospitalares, resguardadas as especificidades destas últimas.

Tais atividades podem ser agrupadas numa espécie de famílias de atividades por estarem inter-relacionadas e, conseqüentemente, apresentarem objetivos comuns, além de interagirem em todas as direções.

Outra questão que requer o correto entendimento e que Barbieri e Machline (2009) identificam, tem relação com a classificação de bens materiais em bens de consumo e bens patrimoniais, em que apenas os bens de consumo são tratados

---

<sup>7</sup> Ainda sobre a cadeia de suprimentos, continuam os autores: “No caso de um hospital as principais atividades da cadeia de suprimentos podem ser agrupadas formando famílias de atividades com objetivos comuns e inter-relacionadas e perguntas a responder tais como: na Seleção de materiais, quais materiais devem ser utilizados pela organização? na Gestão de estoques, quanto e quando comprar? em Compras como e de quem comprar? na Armazenagem, onde localizar os materiais estocados, como estocá-los e como entregá-los aos solicitantes?” (BARBIERI; MACHLINE, 2009, p. 6-8).

integralmente pela administração de materiais. Desse modo, a administração de materiais lida com os materiais que circulam pela organização e que são consumidos no seu interior durante os procedimentos.

Estes autores salientam que a administração dos bens de consumo é baseada na lógica da circulação dos fluxos, enquanto a administração dos bens patrimoniais é baseada na permanência e conservação. Contudo, essas administrações com características distintas interagem entre si e um dos pontos de interseção são as atividades de compras, embora os processos aquisitivos sejam diferentes.

França (2010, p. 76) descreve as modalidades de licitação estabelecidas pela Lei nº 8.666/1993 que são a concorrência, a tomada de preços, o convite, o concurso e o leilão. Cada uma com suas normas e particularidades de aplicação. A modalidade pregão, criado pela Medida Provisória nº 2.026 de 4/5/2000, regulamentado pela Lei nº 10.520 de 17/7/2002 é atualmente o foco, pela sua importância para as compras de bens materiais em organizações de saúde. Ressalte-se que os hospitais operam com até cinco a sete mil itens de materiais.

Quanto aos tipos de licitação, o de menor preço, cujo objetivo básico para julgamento é o preço e o vencedor será o que apresentar o menor, e o de melhor técnica, cujo vencedor será o que apresentar as melhores qualificações para o objeto da licitação, sendo este último de pouco interesse para a compra de materiais. O edital e o convite são os instrumentos que estabelecem elementos e critérios dos quais dependerá o julgamento das propostas e, lembrando, o objetivo final é a proposta mais vantajosa para a Administração. Por isso, no caso de alienação de bens ou de concessão de direito real de uso, a proposta mais vantajosa é a que apresentar o maior lance ou oferta.

Barbieri e Machline (2009) citam que a lei estabelece por compra

toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente” e, ainda, “nenhuma compra será feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para o seu pagamento, sob pena de nulidade do ato e responsabilidade de quem lhe tiver dado causa (BARBIERI; MACHLINE, 2009, p. 252).

Portanto, a Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, que dispõe sobre a elaboração e o controle dos orçamentos e balanços no âmbito da Administração

Pública, veda a realização de despesa sem prévio empenho, que é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento.

Dentre todas as exigências legais cabíveis aos licitantes na fase de habilitação, cujo atendimento é condição *sine qua non* para firmar contrato com a Administração Pública, a Lei nº 9.605 de 12/2/1998, Lei dos Crimes Ambientais, delimita em três anos o tempo que a Administração Pública não pode firmar contrato com organizações que tenham cometido infrações administrativas ambientais, pelas quais se entende toda ação ou omissão que viole as regras jurídicas de uso, gozo, promoção, proteção e recuperação do meio ambiente.

Com relação aos recursos hídricos e resíduos hospitalares esses autores salientam que não estão sob abrangência das duas administrações especializadas (administração dos bens de consumo e administração dos bens patrimoniais) mas que estão sob gerenciamento de normas legais, como a Lei Federal nº 9.433, de 8/1/1997, no caso da água e a Resolução nº 358 de 29/05/2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), no caso dos resíduos de serviços de saúde.

Quanto ao Registro de Preços, regulamentado e definido pelo Decreto nº 3.931 de 19/9/2001 como um conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços, aquisição e locação de bens, para contratações futuras, Barbieri e Machline (2009) salientam que o Art. 15 da Lei nº 8.666/1993 estabelece que, sempre que possível, as compras devem ser processadas valendo-se do registro de preços.

Forçosamente, carece explicação a Ata de Registro de Preços, que é um documento vinculativo, com características de compromisso para futura contratação, em que se registram os preços, fornecedores, órgãos participantes e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e propostas apresentadas (Art. 1º;§ único). De acordo com o referido decreto, será adotado o registro de preço, preferencialmente, quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes; quando for mais conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas; quando for conveniente a aquisição de bens ou a contratação de serviços para o atendimento a mais de um órgão, entidade ou programas de governos e, quando, pela natureza do objeto não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Administração (Art. 2º).

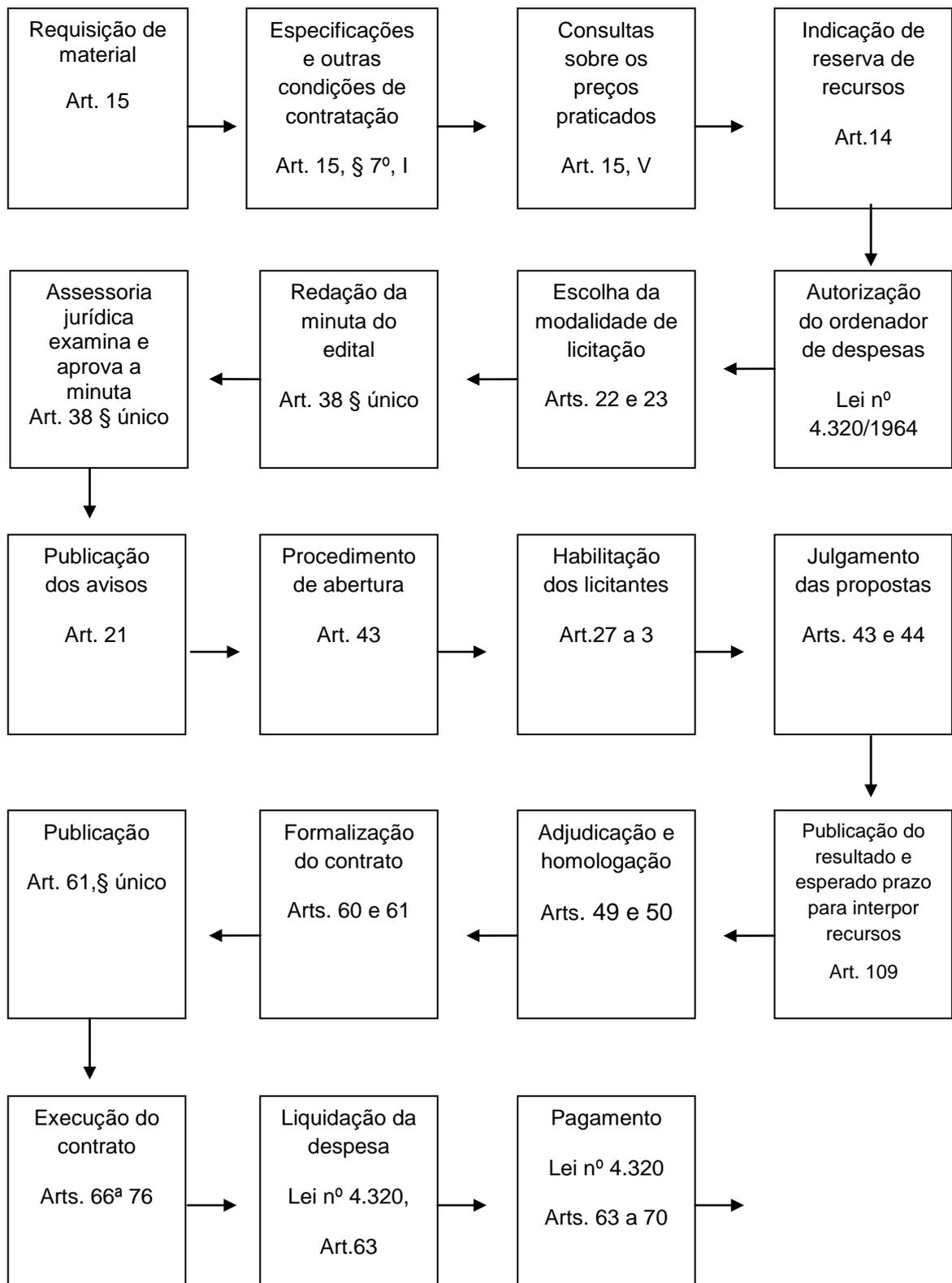
Sumariamente, mas enfatizando os aspectos mais relevantes ao presente trabalho, destacamos o pregão, a mais nova modalidade de licitação instituída na legislação brasileira pela Medida Provisória nº 2.026 de 4/5/2000 e que a Lei nº 10.520/2002 estendeu para todos os entes da Federação, posto que, inicialmente essa modalidade era aplicada somente no âmbito da União, para a aquisição de bens e serviços comuns, cuja relação dos que podem ser adquiridos por meio do pregão é especificada pelo Decreto nº 3.555/2000 – Anexo B. (BARBIERI; MACHLINE, 2009). Os autores comentam que, praticamente todos os bens materiais de que os hospitais necessitam podem ser adquiridos por meio dessa modalidade. Importante ressaltar que esta modalidade poderá ser adotada pela Administração Pública independentemente do valor da contratação, contudo, só se admite um único critério de julgamento das propostas, que é o de menor preço.

Sobre as peculiaridades inerentes ao pregão é imprescindível mencionar um ator de suma importância no processo, bem como as suas atribuições, que é o pregoeiro. O pregoeiro deve ser um servidor, designado pela autoridade competente ou pelo ordenador de despesa do órgão ou entidade que estiver promovendo a licitação. A ele compete credenciar os interessados, receber as propostas de preços e a documentação de habilitação, examinar as propostas e classificá-las, conduzir os procedimentos relativos aos lances tendo em vista a obtenção do menor preço, adjudicar a proposta de menor preço, conduzir os trabalhos da equipe de apoio, elaborar a ata, receber e examinar recursos e encaminhar o processo devidamente instruído, após a adjudicação, à autoridade superior para efeito de homologação e contratação – Decreto nº 3.555/00, Art. 9º (BRASIL, 2000).

Finalizando essa abordagem dos principais aspectos legais do processo de compras na Administração Pública, utilizamos novamente o trabalho de Barbieri e Machline (2009), para comentar sobre os tipos de pregão que são o presencial e o eletrônico, onde o primeiro se realiza em sessões públicas com a presença de fornecedores ou seus representantes legais e a disputa ocorre através de propostas de preços escritas e lances verbais e o segundo, realiza-se em sessão pública, por meio do sistema eletrônico que promove a comunicação pela Internet. Nesse particular, algumas medidas de segurança são exigidas, por isso a autoridade competente do órgão promotor da licitação, o pregoeiro e sua equipe de apoio e os licitantes devem estar previamente cadastrados perante o servidor do sistema eletrônico, cada qual com *login* e senha, intransferíveis.

Não menos importante, o Sistema de Cotação Eletrônica de Preços, instituída pela Portaria nº 306 de 13/12/2001 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão deve ser a forma preferida para aquisição de bens e serviços de pequeno valor, pois a Lei nº. 8.666/1993 dispensa de licitação as compras inferiores ao valor-limite previsto para a modalidade de convite (Art. 24; inciso I). A cotação eletrônica se realiza em sessão pública virtual operada pelo Comprasnet, observados os procedimentos estabelecidos pela Portaria citada.

A seguir, um esquema apresentado por Barbieri e Machline (2009) que ilustra um processo de compras genérico do setor público, o qual o HUUJBB é, por força de Lei, obrigado a se submeter.



**Quadro 02** – Processo de compras do setor público: esquema simplificado.  
**Fonte:** Barbieri; Machline (2009).

Dadas as características do perfil assistencial do HJBB, a demonstração da importância da gestão adequada de materiais num nosocômio e o modelo do processo de compras do setor público, a seguir veremos a metodologia da pesquisa.

## 2.5 METODOLOGIA DA PESQUISA

Em relação ao método de coleta de dados, a pesquisa quantitativa seguiu a metodologia baseada em Barbetta (2005), utilizando a Amostragem aleatória simples. Na pesquisa qualitativa a Análise documental foi utilizada sob as orientações de Cellard (2008), dentre as quais o autor destaca a importância de se realizar análise preliminar do documento antes de proceder à análise propriamente.

A metodologia utilizada na abordagem quantitativa foi amostragem simples, através da geração de números aleatórios, utilizando o Programa Microsoft Office Excel 2007 e análise descritiva dos dados. Na abordagem qualitativa, foi realizada análise documental.

### 2.5.1 Unidades de estudo

Foram pesquisadas a Divisão de Material, a Comissão Permanente de Licitação e a Divisão de Orçamento e Finanças, pois são fundamentais para o processo de aquisição de materiais hospitalares, foco desta pesquisa.

Os dados foram coletados em documentos físicos e eletronicamente, pelo sistema informacional das unidades pesquisadas.

Vejamos assim as atribuições das unidades do hospital diretamente relacionadas com a logística de suprimentos.

#### a) COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO<sup>8</sup>

Vinculada à Diretoria Geral, tem por competência: planejar, executar, supervisionar e avaliar as atividades administrativas pertinentes às áreas de Orçamento e Finanças, Serviços Gerais, Material, Engenharia Hospitalar, Contas Médicas e Auditoria Interna; como também elaborar relatórios mensais das atividades realizadas pelos setores da coordenadoria, encaminhando-os para conhecimento da Direção do hospital.

#### b) DIVISÃO DE MATERIAL

Vinculada à coordenadoria administrativa, tem por competência: adquirir material de consumo e permanente necessários ao funcionamento do hospital, acompanhando a previsão anual referente às unidades; manter o controle de entrada e saída de material permanente e de consumo, operacionalizando os sistemas utilizados no hospital; organizar e manter atualizado o cadastro de bens móveis e imóveis; providenciar o levantamento e registro dos bens considerados inservíveis a fim de que sejam alienados na forma da legislação vigente; desenvolver atividades de recebimento, estocagem, conservação, controle e distribuição de materiais necessários ao funcionamento do hospital; desenvolver atividades de apoio aos processos licitatórios; executar e acompanhar todas as fases da modalidade pregão eletrônico; acompanhar a elaboração do inventário anual do material de consumo e de bens móveis e imóveis do hospital; elaborar relatório mensal das atividades realizadas pelos setores da Divisão encaminhando-o para conhecimento da coordenadoria administrativa. Essas atividades são realizadas com suporte da Seção de Patrimônio, Seção de Compras e Suprimentos e Seção de Almoxarifado, todas vinculadas à Divisão de Material.

#### c) COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

Vinculada à Diretoria Geral, tem por competência: elaborar editais e anexos objetivando a realização das diversas modalidades de licitação (tomada de preço, carta convite e concorrência); operacionalizar os pregões eletrônicos e os pregões presenciais; elaborar minutas de contrato que o hospital firma com terceiros.

---

<sup>8</sup> A Coordenadoria de Administração não figura como unidade pesquisada, mas pela sua importância no poder decisório relativo ao processo de aquisição de materiais hospitalares.

Ressalte-se que todas as atividades da Comissão Permanente de Licitação são reguladas pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, o estatuto jurídico das licitações e dos contratos para todas as entidades da Administração Pública.

#### d) DIVISÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS

Vinculada à coordenadoria administrativa, tem por competência controlar a execução orçamentária e extra-orçamentária através da elaboração de demonstrativos mensais que evidenciam as despesas realizadas, com apuração de custos, observadas as especificações das normas vigentes; fornecer subsídios para a elaboração da proposta orçamentária, pedido de créditos adicionais e elaboração de plano e suas reformulações; realizar as atividades relacionadas à execução financeira dentro dos procedimentos normativos legais vigentes; analisar e registrar a participação do hospital em convênios realizados fornecendo dados necessários ao cumprimento destes; acompanhar junto à Universidade Federal do Pará o repasse orçamentário e financeiro referente ao HUIBB; elaborar relatório mensal das atividades do setor encaminhando-o para conhecimento da coordenadoria administrativa; acompanhar e conferir a documentação relacionada ao pregão dispensa de licitação, inexigibilidade e registro de preços (HOSPITAL..., 2008, p. 19-20, 22-23).

### **3 RESULTADOS DA PESQUISA: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO E A EFETIVIDADE DA LOGÍSTICA DE MATERIAIS**

A partir das considerações já apresentadas, o estudo procurou identificar o processo logístico do HUIBB e sua interface com a estrutura organizacional, focando no processo aquisitivo de materiais hospitalares.

A escolha do HUIBB como *locus* da pesquisa foi baseada na relevância social e acadêmica dos hospitais universitários e para a política de saúde pública, além da importância do HUIBB para o Estado e para a Região. Os processos organizacionais se baseiam no planejamento de suas ações, que serão também aqui analisadas.

#### **3.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO E SUA ORGANIZAÇÃO**

A história do Hospital Universitário João de Barros Barreto tem início na década de 1930, especificamente, em 1934, quando a tuberculose apresentava prevalência elevada em várias capitais brasileiras, com um número alarmante de óbitos. À época, os Hospitais de Isolamento São Sebastião, Domingos Freire e São Roque já faziam parte da Assistência Pública do Pará, cuja padronização seguia a orientação federal, mas que só conseguia abranger parte das carências de saúde da população (SOUSA, 2003, p. 31-32). Essa autora cita a criação de uma Secretaria de Estado denominada “Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública”, em 1930, de grande valia para a estruturação dos serviços sanitários.

Um estudo realizado pelo médico sanitário João de Barros Barreto sobre a situação no país, demonstrou a defasagem de leitos e, principalmente, a necessidade de reforços à retaguarda no combate à tuberculose, com a construção de sanatórios em algumas capitais brasileiras, sendo que a distribuição dos mesmos seria orientada pelos indicadores epidemiológicos. Para Belém caberia a construção de um sanatório com capacidade para 600 leitos.

Entretanto, a década de 1930 sucede a uma grande crise da economia mundial deflagrada em 1929, que atingiria gravemente a economia brasileira a ponto de provocar uma importante mudança na estrutura política do país: a Revolução de 1930, que pôs fim à República Velha – baseada na economia rural cafeeira, dominada por São Paulo e Minas Gerais, caracterizada por forte concentração de renda e de poder político nas classes mais abastadas – e que marcou a ascensão de grupos políticos ligados às atividades industriais e das classes médias urbanas, que cultivavam ideais de integração na modernidade, de participação política e de redistribuição das riquezas produzidas no país.

Assim, em meio a um quadro de instabilidades políticas e econômicas, o Sanatório de Belém teve sua pedra fundamental lançada em 1934, com o início da construção em 1937 – ano de outra ruptura política, o Estado Novo, instaurado através de um golpe de estado dado por um governo (Getúlio Vargas) de característica nacionalista. Entretanto, a obra fora interrompida em 1942. Em 1946, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, vinculada ao Ministério da Saúde, recomendou a retomada das obras, o que só ocorreu em 1950 (ano do retorno de Getúlio Vargas ao poder).

Entre o lançamento da pedra fundamental do Sanatório, o início e a retomada da sua construção, visamos demonstrar o andamento da política governamental vigente, como por exemplo a criação de ministérios, entre eles o Ministério da Saúde, e a ação intervencionista do Estado, que suscitou a criação e proliferação de instituições e agências financiadoras, reguladoras e produtoras (SANTOS, 2006), importantes para o futuro da organização nascente.

No mês de janeiro do ano de 1957 um noticiário anunciava a inauguração do Sanatório Barros Barreto, pelo então Presidente da República Dr. Juscelino Kubitschek, construído e equipado pelo Serviço Nacional de Tuberculose. Tratava-se de uma inauguração simbólica, haja vista o conteúdo da nota “o ato fez parte do programa comemorativo do 1º aniversário do governo do atual presidente da República” (HOSPITAL ..., 2006, p. 6.).

O tom desenvolvimentista do governo Kubitschek (50 anos em cinco) era acompanhada de um novo tipo de intervenção estatal com estabelecimento de metas, entre elas a de corrigir desequilíbrios entre regiões, e de incentivos a setores da cadeia produtiva visando ao equilíbrio do sistema econômico (SANTOS, 2006).

Lembremos que o hospital é um setor produtivo cujo produto é a prestação de serviços.

Finalmente, em 15 de agosto de 1959, data em que se comemora o aniversário do hospital, o sanatório foi oficialmente inaugurado e entrou em funcionamento com a transferência de 16 pacientes do Hospital de Isolamento Domingos Freire. Consta que devido a problemas de logística ainda não havia condições de pleno funcionamento, com seus 200 leitos (HOSPITAL ..., 2006).

Ressaltamos que o hospital mudou de nome algumas vezes, como segue: Sanatório de Belém, Hospital Barros Barreto, Hospital João de Barros Barreto, Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Em 1990 quando a Campanha Nacional de Tuberculose foi extinta o Hospital Barros Barreto passou a ser administrado pela Universidade Federal do Pará através do Termo de Cessão de Uso assinado pelo então Ministro da Saúde, Governador do Estado do Pará, Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará e Reitor da Universidade Federal do Pará. Por ocasião da assinatura do termo, ficou estabelecido que a Universidade mantivesse o compromisso de continuar assumindo as referências do Hospital.

Em 1991 e 1992 o hospital exerceu papel importante no controle da epidemia de cólera no Estado, não somente na assistência médica como no treinamento de Recursos Humanos para todo o Estado. Através de resolução do Conselho Universitário (CONSUN), o Hospital passou a compor a estrutura da UFPA, diretamente ligada a Reitoria, tendo sua estrutura administrativa aprovada também através de resolução do CONSUN.

A partir de outubro de 2004, com a decisão da Controladoria Geral da União para a absorção definitiva do HUJBB pela UFPA, foi extinta a unidade orçamentária do Ministério da Saúde e execução do inventário dos bens móveis e imóveis, sendo o patrimônio absorvido pela UFPA.

Em 2004 o HUJBB foi certificado pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC/MS como Hospital de Ensino e em 2005 foi contratualizado com os gestores do SUS.

O HUJBB tem como Missão:

Prestar atenção à saúde com excelência e referencia para a alta complexidade, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando de forma decisiva e integrada na transformação da realidade, obedecendo aos critérios de necessidade da população, ao sentido pleno da cidadania, com base na responsabilidade social (HOSPITAL ..., 2009a, p. 1).

E tem como Visão “*Ser um referencial público de formação acadêmica especializada e de prestação de serviços de alta confiabilidade em saúde na Amazônia*” (HOSPITAL ..., 2009a, p. 1).

O HUJBB tem como finalidades essenciais a assistência, o ensino e a pesquisa e exibe o seguinte perfil e participação em programas:

Assistência à saúde da população na área ambulatorial e de internação nas especialidades de clínica médica, pneumologia, pediatria, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia torácica, cirurgia vascular, urologia, nefrologia, endocrinologia, cardiologia e doenças infecto-parasitárias.

É referência nacional em DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), referência regional em infectologia, referência regional em pneumologia, referência estadual em endocrinologia e diabetes, referência especializada em assistência ao idoso, referência em patologia bucal.

Possui Centro de Informações Toxicológicas (CIT), Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) – em implantação –; Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar integrante do sistema de vigilância epidemiológica nacional; programa de assistência ao paciente portador de fibrose cística, programa da assistência a pacientes adultos e crianças portadores de asma grave, programa da assistência na área de psicologia clínica; participação no projeto Hospitais Sentinela nas áreas de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância.

É campo de formação para alunos de cursos de graduação da UFPA e outras instituições de ensino superior; possui programa de internato em clínica Médica, Cirúrgica, Infectologia e Pediatria; programa de residência médica nas áreas de pneumologia, infectologia, cirurgia geral, clínica médica, endocrinologia, cirurgia digestiva e gastroenterologia (HOSPITAL ..., 2005, p. 9).

Para executar as ações referentes aos serviços citados o Hospital Universitário João de Barros Barreto dispõe de uma estrutura organizacional composta por Diretoria Geral, Diretoria Adjunta, Gabinete, Coordenadorias, Assessorias, Divisões, Gerências, Núcleo de Planejamento, Ouvidoria, Núcleo de

Vigilância Epidemiológica, Centro de Pesquisa Clínica, Comissões, Grupo de Trabalho, Seções, Centro de Referência Especializado em Endocrinologia e Diabetes, Setores, Agência Transfusional e Secretarias (HOSPITAL ..., 2008, p. 8-16).

No sentido de elucidar a argumentação acerca dos objetivos<sup>9</sup> organizacionais do HUIBB (HOSPITAL ..., 2008, p. 5), os mesmos estão relacionados a seguir:

a) prestar atenção integral à saúde da população através do Sistema Único de Saúde, na área ambulatorial, hospitalar e atenção domiciliar, de acordo com seu perfil assistencial;

b) abrigar o ensino, pesquisa e extensão, na área da saúde, na graduação e pós-graduação, contribuindo para o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde da população;

c) desenvolver atividades de educação permanente e aperfeiçoamento dos funcionários do Hospital e de outras Instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, atendendo necessidades da região e de interesse do próprio Sistema;

d) qualificar o processo de gestão, em função das necessidades e da inserção do Hospital na rede de saúde do Sistema Único de Saúde;

e) organizar a atenção à saúde, orientada pela Política Nacional de Humanização e nas Políticas Prioritárias do SUS.

## 3.2 DADOS QUALITATIVOS

### 3.2.1 Entrevista exploratória

Foi realizada entrevista exploratória, com aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas a um servidor-usuário do sistema logístico do HUIBB, no sentido de conhecer o ponto de vista de um servidor-usuário do processo logístico; se a demanda é atendida em conformidade com os parâmetros exigidos.

---

<sup>9</sup> Dado o Regimento Interno do HUIBB não fazer referência expressa à nomenclatura *Objetivos Organizacionais*, a pesquisa identificou *Finalidades Essenciais* como correspondente a esses.

Nessa entrevista exploratória o respondente foi um profissional da categoria médica desempenhando atividades como médico-assistente em uma das clínicas do hospital, considerada como unidade assistencial aberta onde, a exemplo das demais unidades, a assistência à saúde requer materiais e equipamentos adequados ao perfil de atendimento, aptos ao uso, em quantidade suficiente, de qualidade e com tecnologia moderna.

### **3.2.2 Análise e resultado da entrevista exploratória**

A análise do questionário levou à conclusão de que o servidor-usuário – identificado no instrumento como cliente – tem pouco conhecimento sobre o processo logístico. Entretanto, suas respostas indicam que, de forma empírica, ele identifica falhas no processo logístico do HUIBB no que diz respeito ao atendimento eficaz das demandas. Sobre os setores que desenvolvem atividades de logística, respondeu com acertos e erros; identificou como falhas do processo logístico a falta de materiais e a demora na aquisição; como cliente usuário, respondeu satisfeito<sup>10</sup> quanto ao atendimento da demanda.

O resultado da entrevista exploratória complementou as análises dos dados secundários.

### **3.2.3 Análise documental**

Para efeito de contextualização do tipo de estrutura organizacional e de demonstração do funcionamento do HUIBB optamos pela análise de documentos institucionais da organização do período de 2008 a 2010. Os documentos analisados fornecidos pelo Núcleo de Planejamento do HUIBB são: o Regimento Interno, aprovado pela Resolução nº 652, de 15/09/2008 do CONSUN da (CONSUN, 2008),

---

<sup>10</sup> entre as opções bastante satisfeito, satisfeito, insatisfeito, bastante insatisfeito.

o Plano de Gestão Hospitalar 2007/2009, o Plano Operativo Anual (POA) 2008/2009 (não houve acesso ao POA/2010 por que o vigente à época da pesquisa ainda era o de 2009) e os Organogramas, sendo que um é identificado como organograma oficial, outro como novo organograma, e outros dois, diferentes do novo e do oficial, identificados como informal e informal 2, mas como estes dois últimos são idênticos, desprezamos o informal 2. Assim, os organogramas de interesse para o estudo foram o oficial (anexo A), o informal (anexo B) e o novo (anexo C), que é o vigente.

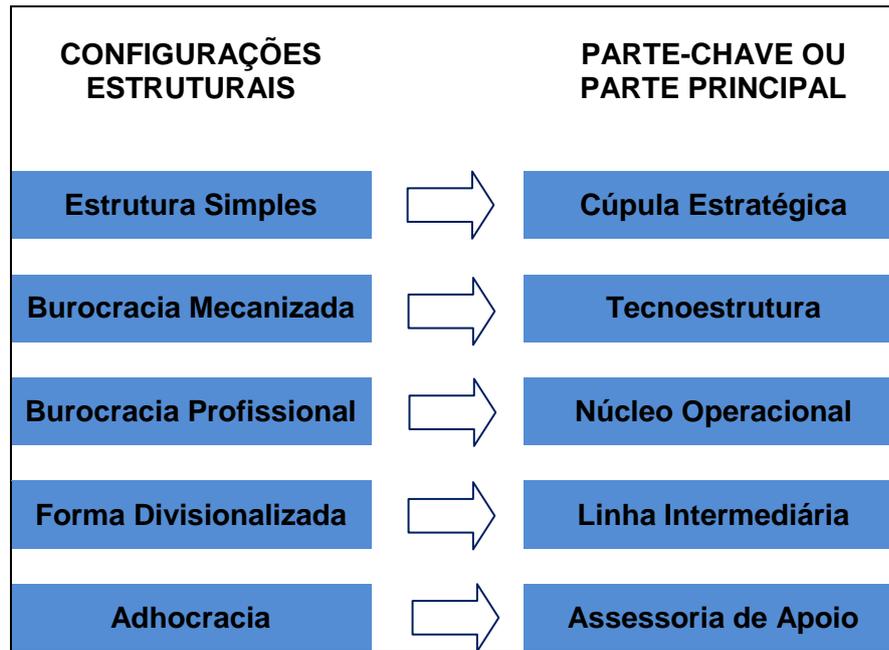
O organograma oficial apresenta indicação de ser anterior ao Regimento Interno de 2008 por não apresentar todas as informações contidas naquele documento. O organograma informal apresenta-se como um esboço de transição, pois acrescenta modificações que não estão no organograma oficial, mas que aparecem no novo organograma, e este segue a estrutura descrita no Regimento. O novo organograma possui seis páginas. A primeira página apresenta a composição gestonária principal e as cinco páginas consecutivas apresentam a composição de cada uma das cinco coordenadorias com suas respectivas divisões, seções, setores e serviços.

### 3.2.3.1 Resultado da análise documental

A análise da estrutura organizacional a partir da análise dos documentos, da entrevista exploratória e das observações in loco seguiu o modelo de Mintzberg (2009).

Com o objetivo de aproximar uma definição da estrutura organizacional do HUIBB à luz das definições defendidas pelo autor supracitado, a pesquisa possibilitou fazer uma descrição da estrutura organizacional do hospital. A rigor, trata-se de uma aproximação em virtude de não ser possível afirmar que uma organização se ajuste exatamente ao disposto nos documentos institucionais (tais como organograma, regimento etc.), como explica o autor. Ao contrário, Mintzberg (2009) argumenta que uma organização possa apresentar características de configurações diferentes do estabelecido nesses documentos.

No modelo de Mintzberg (2009), são cinco as configurações estruturais, onde cada uma possui a parte-chave ou parte principal, conforme figura a seguir.



**Quadro 03** – As cinco configurações e as respectivas partes-chave.  
 Fonte: Mintzberg (2009).

Utilizaremos o diagrama criado por Mintzberg (2009) – ilustrado a seguir – para demonstrar a estrutura organizacional do HJBB. Na figura o autor expõe as cinco partes básicas de uma organização. O diagrama se apresenta de forma diferente em cada configuração estrutural dependendo das características predominantes da organização como a parte-chave e dos elementos básicos como o mecanismo de coordenação. Ressalte-se que a presença das pessoas (e o relacionamento entre elas) em cada uma das partes é o que constitui a energia que move o todo de uma organização.

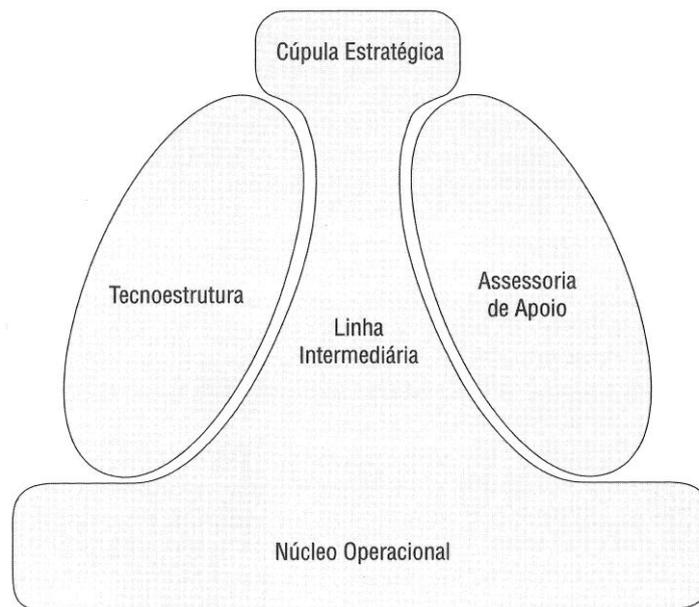


Figura 1.2 As cinco partes básicas da organização.

**Figura 01** – Diagrama de Mintzberg (As cinco partes básicas da organização).  
**Fonte:** Mintzberg (2009).

A partir da caracterização de Mintzberg (2009) para a configuração denominada Burocracia Profissional – que informa que essa configuração é comum em universidades, hospitais e outras organizações onde o principal mecanismo de coordenação é a padronização de habilidades e conhecimento – a pesquisa adotou a referida configuração como referência para a análise da estrutura organizacional do HUUJBB posto que, no caso da organização hospitalar, são os profissionais com suas habilidades que compõem o núcleo operacional, que é a parte composta pelas pessoas que executam o trabalho diretamente ligado à prestação dos serviços, como informa Mintzberg (2009).

O treinamento do profissional, processo pelo qual são ensinados habilidades e conhecimentos relacionados ao trabalho, é anterior à sua entrada na organização (realizado nas universidades) e a doutrinação, processo pelo qual as normas organizacionais são adquiridas é iniciada na organização, onde às vezes se completa o processo de treinamento através de programas de residência, por exemplo.

Sobre a cúpula estratégica, que é formada pelas pessoas com responsabilidade global pela organização, no HUUJBB ela é ampliada pela existência do Conselho Gestor e do Colegiado de Gestão. O hospital tem uma missão organizacional e compete à cúpula estratégica assegurar seu cumprimento com

eficácia. Além disso, precisa responder a outras instâncias de poder, assim como administrar as relações da organização como o meio ambiente e, exercer o seu papel mais importante que é a formulação das estratégias. Uma das instâncias de poder a que responde o hospital como organização pública é o gestor do SUS.

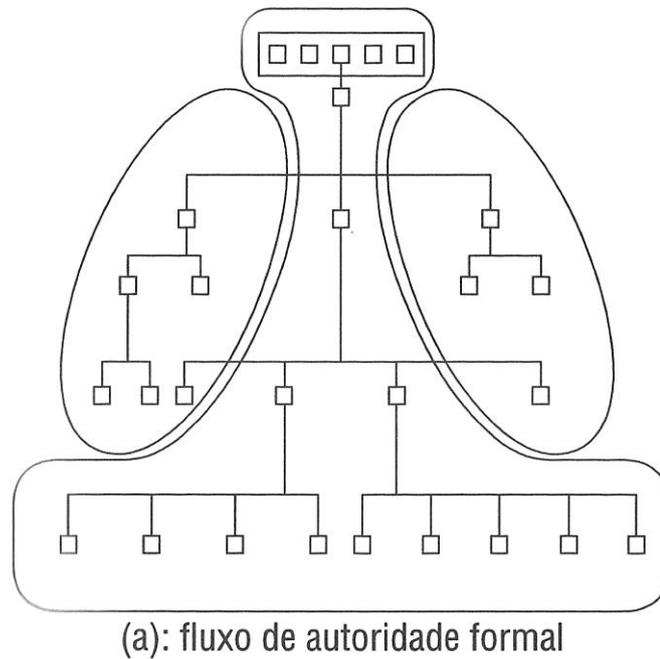
O HUIBB reflete na linha intermediária da estrutura, onde estão os gerentes intermediários, o que Mintzberg (2009) avalia como um poder instituído, porém geralmente enfraquecido desses componentes. Esses gerentes intermediários conectam a cúpula estratégica ao núcleo operacional originando, segundo o autor, uma divisão do trabalho do tipo administrativo, entre os que executam o trabalho básico e os que administram. Os diretores das divisões e os chefes das seções, setores e serviços são um exemplo. Eles estão mais próximos do fluxo de trabalho e o mecanismo de coordenação é a supervisão direta, que significa a responsabilidade de alguém em dar instruções e monitorar as ações de outros.

Em relação aos grupos de assessoria – a tecnoestrutura e a assessoria de apoio – segundo definição de Mintzberg (2009) sobre os tipos de analistas que compõem a tecnoestrutura há indicação de que no HUIBB seja do tipo de planejamento e controle, por focarem sua atuação no funcionamento da estrutura, posto que a tecnoestrutura é composta por analistas, que são especialistas treinados (e seus assessores) que estão na organização para tornar mais eficaz o trabalho de outras pessoas, o que explica que ela possa operar em todos os níveis hierárquicos. Sua assessoria à cúpula estratégica, por exemplo, pode ser o de desenhar o planejamento estratégico e de desenvolver sistema de controle das metas das principais unidades.

No que diz respeito à assessoria de apoio, com funções distintas e com acesso transversal na estrutura a depender de quem (qual nível hierárquico) vai receber seus serviços, os serviços de portaria e de transportes são exemplos de assessoria que se enquadram no nível de menor poder na hierarquia. A assessoria jurídica do HUIBB é uma assessoria especializada que está mais próxima da cúpula estratégica. Nestes grupos normalmente cada unidade define o seu mecanismo de coordenação.

Para identificar o funcionamento da organização através do tipo de fluxo, analisamos as sobreposições do diagrama de Mintzberg (2009). A figura que demonstra o fluxo de autoridade formal – ilustrada a seguir – indica uma

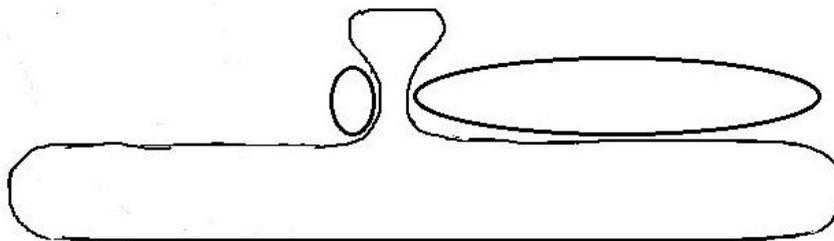
correspondência com o funcionamento da organização em estudo, evidenciada no organograma.



**Figura 02** –Fluxo de autoridade formal (Sobreposição do diagrama de Mintzberg ao fluxo de autoridade formal).

Fonte: Mintzberg (2009).

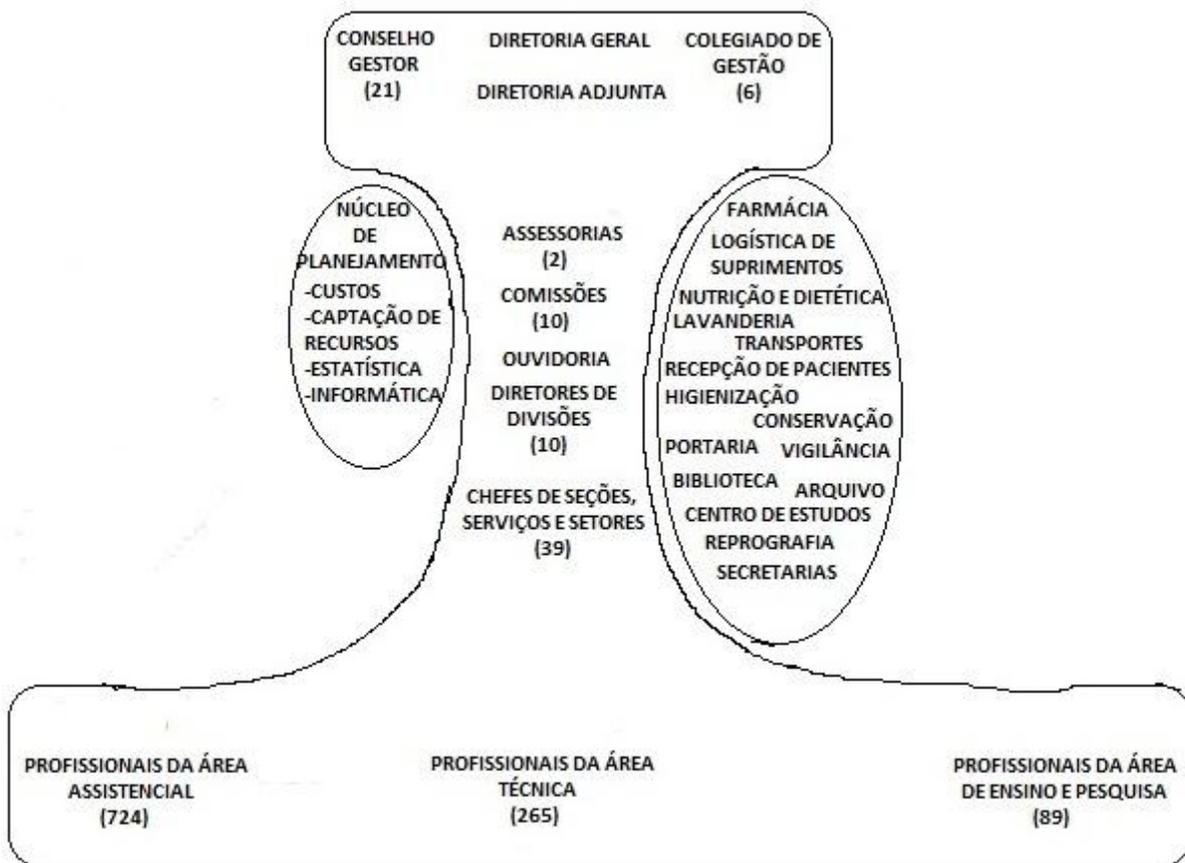
O diagrama a seguir mostra a configuração Burocracia Profissional.



**Figura 03** – Diagrama de Mintzberg: Burocracia Profissional.

Fonte: Mintzberg (2009).

A seguir, o diagrama adaptado à configuração do HUIBB, resultante da análise documental.



**Figura 04** – Diagrama de Mintzberg adaptado: representação das cinco partes básicas do HUIBB.

Fonte: HOSPITAL ... (2008).

Este diagrama adaptado para o HUIBB baseado na análise documental apresenta distorções quando comparado ao diagrama da configuração descrita por Mintzberg (2009) para o tipo de estrutura organizacional denominado Burocracia Profissional, que segundo o autor é o tipo mais comumente encontrado em organizações hospitalares, em decorrência do núcleo operacional, que nessas organizações é composto pelos profissionais, ou seja, por operadores que coordenam o trabalho que executam, tendo como resultado a ampla descentralização nas dimensões vertical e horizontal.

Ao contrário, no diagrama adaptado, apesar da extensão do núcleo operacional – parte-chave da Burocracia Profissional – o poder dos operadores (profissionais) fica circunscrito às suas habilidades e conhecimento (o poder da *expertise*).

Do mesmo modo, a cúpula estratégica é bastante ampliada e suas atribuições demonstram uma tendência à centralização do poder decisório, o que descaracteriza a ampla descentralização observada nesta configuração.

Na mesma linha de raciocínio, a linha intermediária, que deveria ser estreita, apresenta-se alargada por um grande número de diretores de divisões e chefes de seções e serviços com algum poder resolutivo, evidenciado nas atribuições descritas.

Por fim, a tecnoestrutura e a assessoria de apoio encontram correspondência com o diagrama da Burocracia Profissional. Contudo, pela característica inerente a esta configuração, a tecnoestrutura não pode padronizar habilidades e, portanto, assume outras ações, como de planejamento e controle. A assessoria de apoio é ampla, mas à exceção da assessoria especializada, que está mais próxima da cúpula estratégica, não é plenamente elaborada, como deveria ser.

Em síntese, as distorções evidenciadas ocorrem em nível de núcleo operacional, cúpula estratégica e linha intermediária.

Os dados quantitativos descritos e analisados a seguir, corroboram com os resultados das análises dos diagramas apresentados.

### 3.3 DADOS QUANTITATIVOS

#### 3.3.1 Coleta de dados<sup>11</sup>

Por ser o período em que se poderiam obter os dados de forma seqüenciada e interligada e no mesmo período nas três unidades pesquisadas, ficou estabelecido

---

<sup>11</sup> O recorte temporal da pesquisa abrangeria os anos de 2005 a 2010, alcançando, em termos relativos, três anos de vigência da estrutura organizacional anterior (2005 a 2007) e três anos de vigência da estrutura organizacional atual (2008 a 2010), perfazendo um total de seis anos. Entretanto, durante a coleta de dados foi detectada impossibilidade de recolha pelo sistema informacional a partir do ano de 2005, em todas as unidades pesquisadas. Da mesma forma, a documentação física não estaria acessível igualmente em todas as unidades e uma busca por tais documentos físicos, além de apresentar potencial para o insucesso demandaria um tempo protocolar que poderia comprometer o tempo disponível para a pesquisa, consumido em boa parte pela espera de resposta do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital, para liberação da mesma.

o recorte temporal de 2007 a 2010.

Os processos de aquisição de materiais são originados a partir da elaboração das previsões anuais de todas as unidades hospitalares, ou em qualquer época do ano dependendo da necessidade, enviadas à Divisão de Materiais em data preestabelecida, para a provisão do ano consecutivo. Tendo em vista que a previsão de materiais hospitalares abrange um período de doze meses, um grande quantitativo de itens dá origem a um “grande” processo de aquisição anual. Portanto, teoricamente haveria um grande processo de aquisição em cada ano, cuja principal característica é o quantitativo de itens, se comparado aos processos aquisitivos formalizados ao longo do ano para atender necessidades pontuais da organização. Deste modo, esperava-se encontrar quatro grandes processos de aquisição de materiais hospitalares, um em cada ano dentro do período pesquisado, mas detectou-se que no ano de 2007 não houve o “grande” processo.

Em contrapartida, no ano de 2009 houve dois grandes processos aquisitivos o que contribuiu para totalizar quatro processos, sendo um em 2008, dois em 2009 e um em 2010 sem prejuízo à finalidade da pesquisa. Dada essa circunstância, a pesquisa quantitativa abrangeu o período de 2008 a 2010.

Como é legalmente determinado, cada processo formalizado origina uma modalidade de licitação. No presente estudo o pregão – Lei nº 10.520/2002 (BRASIL, 2002a) tipo eletrônico é a modalidade que se apresenta.

Dada a dificuldade em se avaliar todos os itens, se coletou uma amostra por amostragem simples através da geração de números aleatórios utilizando o Programa Microsoft Office Excel 2007 e, através destes números aleatórios gerados foram selecionados vinte por cento dos itens em cada processo proporcionalmente, ou seja, um pregão eletrônico possui 198 itens para o qual o Programa gerou 40 números aleatórios, sendo que 3 foram repetidos e desprezados, ficando 37 válidos. Outro possui 334 itens e foram gerados 67 números aleatórios, com 2 repetidos e desprezados, ficando 65 válidos. Outro possui 234 itens e foram gerados 47 números aleatórios, com 5 repetidos e desprezados, ficando 42 válidos. Outro possui 330 itens e foram gerados 66 números aleatórios, com 8 repetidos e desprezados, ficando 58 válidos, totalizando 202 itens para analisar.

A fim de identificar e descrever a real condição de uma parte do processo logístico referente ao suprimento de materiais em um dado período, foram analisadas as proporções de desconformidades em cada categoria estudada,

objetivando, ao final, uma visão ampliada sobre os dados encontrados, para então dissertar acerca das possíveis conseqüências para os usuários e para a organização, decorrentes de tais desconformidades. Foram estabelecidas como categorias de análise: (a) itens dispensados, (b) itens cancelados e (c) itens empenhados.

Assim, na unidade Divisão de Material foi realizado o levantamento de previsão e dispensação de materiais hospitalares, por unidade hospitalar.

Na unidade Comissão Permanente de Licitação foi realizado o levantamento de itens cancelados e os respectivos motivos de cancelamento.

Na unidade Divisão de Orçamento e Finanças foi realizado o levantamento de itens empenhados e itens não empenhados.

Os dados foram tabulados e analisados através de estatísticas descritivas.

### **3.3.2 Análise de dados**

Nas tabelas que se seguem serão apresentadas as três categorias de análise dos quatro processos pesquisados no período de 2008 a 2010: itens dispensados, itens cancelados e itens empenhados.

#### **3.3.2.1 Categoria de análise: itens dispensados – Ano 2008 a 2010**

A tabela 01 apresenta a quantidade de itens (materiais) previstos nos quatro pregões eletrônicos para o período de 2008 a 2010 e o percentual de itens dispensados no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2010 (lembrando que o ano de 2009 possui 2 processos de aquisição, o que justifica que no período de três anos existam quatro pregões).

A célula **código do setor** diz respeito ao setor hospitalar que realizou a previsão de materiais e depois solicitou a dispensação desses materiais.

**Tabela 01 – Quantidade e percentual de itens previstos e de itens dispensados para o período de 2008 a 2010.**

Código do Setor	Previsão (P) 2008 A 2010	(%)	Dispensação (D) 01/01/08 a 31/12/10	(%)	Diferença Entre (P) E (D)	(%)
CÓD. ZC	180573	11.892	95749	53.0	84824	47.0
CÓD. P1	118836	7.826	56791	47.8	62045	52.2
CÓD. P2	173701	11.440	78594	45.2	95107	54.8
<b>CÓD. TT</b>	<b>400</b>	<b>0.026</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>400</b>	<b>100.0</b>
CÓD. P3	107937	7.109	64050	59.3	43887	40.7
CÓD. P4	156250	10.290	87423	56.0	68827	44.0
CÓD. AA	113439	7.471	55909	49.3	57530	50.7
CÓD. G8	24	0.002	4	16.7	20	83.3
CÓD. ZB	1800	0.119	5	0.3	1795	99.7
CÓD. 2C	3739	0.246	1797	48.1	1942	51.9
CÓD. KL	0	0.000	1	-	-1	-
CÓD. KM	76	0.005	2	2.6	74	97.4
CÓD. G6	30	0.002	8	26.7	22	73.3
CÓD. 1A	4036	0.266	300	7.4	3736	92.6
CÓD. KN	0	0.000	2	-	-2	-
<b>CÓD. 2D</b>	<b>8908</b>	<b>0.587</b>	<b>15708</b>	<b>176.3</b>	<b>-6800</b>	<b>-76.3</b>
CÓD. KO	69	0.005	33	47.8	36	52.2
CÓD. S2	3514	0.231	1192	33.9	2322	66.1
CÓD. AB	27226	1.793	12237	44.9	14989	55.1
CÓD. S4	3035	0.200	2418	79.7	617	20.3
CÓD. S6	1804	0.119	32	1.8	1772	98.2
CÓD. 1D	675	0.044	27	4.0	648	96.0
CÓD. AC	153532	10.111	60898	39.7	92634	60.3
CÓD. 79	60	0.004	10	16.7	50	83.3
CÓD. G4	8008	0.527	2001	25.0	6007	75.0
CÓD. S8	627	0.041	80	12.8	547	87.2
CÓD. WX	144	0.009	48	33.3	96	66.7
CÓD. ZD	57802	3.807	8402	14.5	49420	85.5
<b>CÓD. 1C</b>	<b>360</b>	<b>0.024</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>
CÓD. 2A	28084	1.850	10736	38.2	17348	61.8
CÓD. G2	634	0.042	308	48.6	326	51.4
CÓD. WY	0	0.000	1	-	1	-
CÓD. SS	45	0.003	16	35.6	29	64.4
CÓD. 2B	11054	0.728	3661	33.1	7393	66.9
<b>CÓD. F1</b>	<b>170</b>	<b>0.011</b>	<b>1207</b>	<b>710.0</b>	<b>-1037</b>	<b>-610.0</b>
<b>CÓD. 132</b>	<b>2510</b>	<b>0.165</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>2510</b>	<b>100.0</b>
CÓD. F3	36222	2.386	10399	28.7	25823	71.3
CÓD. F5	1623	0.107	472	29.1	1151	70.9
<b>CÓD. 1B</b>	<b>307426</b>	<b>20.247</b>	<b>229354</b>	<b>74.6</b>	<b>78072</b>	<b>25.4</b>

Código do Setor	Previsão (P) 2008 A 2010	(%)	Dispensação (D) 01/01/08 a 31/12/10	(%)	Diferença Entre (P) E (D)	(%)
CÓD. AD	3934	0.259	1267	32.2	2667	67.8
CÓD. WZ	0	0.000	2	-	-2	-
<b>CÓD. 170</b>	<b>1</b>	<b>0.000</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>
<b>CÓD. F7</b>	<b>60</b>	<b>0.004</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>
<b>CÓD. 178</b>	<b>24</b>	<b>0.002</b>	<b>42</b>	<b>175.0</b>	<b>-18</b>	<b>-75.0</b>
CÓD. R4	0	0.000	320	-	-320	-
CÓD. R5	0	0.000	1	-	-1	-
CÓD. R2	0	0.000	1	-	-1	-
<b>TOTAL</b>	<b>1518392</b>	<b>100.0</b>	<b>801508</b>	<b>52.8</b>	<b>729756</b>	<b>48.1</b>

Fonte: HOSPITAL ... (2008; 2009; 2010).

Nota-se que o setor 1B<sup>12</sup> foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 20.2% do total de itens previstos para esses anos, sendo que 74.6% desses itens foram dispensados (entregues ao setor solicitante mediante pedido impresso).

Nota-se, também, que há setores que, apesar de terem realizado previsão, não solicitaram dispensação do material previsto, a exemplo os setores TT, 1C, 132, 170, F7.

Por fim, nota-se que há setores que solicitaram dispensação de um quantitativo de itens (materiais) acima do que fora previsto, a exemplo os setores 2D, F1 e 178.

Em todos os casos citados há indícios de falta de planejamento na elaboração da previsão de materiais (itens) pelos setores do hospital, posto que uma previsão de materiais planejada não coadune com diferenças tão significativas entre o quantitativo previsto e o dispensado.

A inexistência de planejamento por parte dos setores hospitalares na realização da previsão de materiais leva a situações de discrepâncias entre o que é previsto por esses setores para o período de doze meses e o que é efetivamente solicitado por eles no mesmo período. Em decorrência dessas situações, a gestão de materiais tem por finalidade evitar discrepâncias como um quantitativo

<sup>12</sup> No intuito de garantir o sigilo das unidades hospitalares, os códigos destas unidades foram substituídos por códigos fictícios estabelecidos aleatoriamente e os processos e pregões não foram identificados.

superestimado ou subestimado, evitando, assim, excesso ou falta de materiais, ambos indesejados pela gestão hospitalar.

A respeito dessa questão, a Lei 8.666/1993, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos, determina no Artigo 15, § 7º, II: “Definição das quantidades a serem compradas em função do consumo estimado, se possível, por meio de adequadas técnicas quantitativas de previsão” (FRANÇA, 2010, p, 17).

Uma previsão de materiais que quantifique aquém ou além da real necessidade, assim como a solicitação de dispensação de material sem a previsão correspondente são falhas que podem resultar em duas situações extremas, já citadas: o excesso e a falta, ambos com efeitos deletérios para os usuários e para a organização.

O excesso pode representar perdas por avarias, obsolescência, perda de prazos de validade e desvios. A falta pode representar aumento no tempo de permanência do paciente, riscos para a saúde do paciente em decorrência de esperas, riscos para a saúde do trabalhador em decorrência de improvisações na prestação da assistência e, considerando que o acompanhante do paciente (geralmente um familiar), convive no mesmo ambiente insalubre do hospital, a falta de material implica em riscos para sua saúde, também, posto que tudo o que afeta o paciente afeta o seu acompanhante.

Acerca destas situações discrepantes, porém passíveis de resolução, Barbieri e Machline (2009) são enfáticos com relação à importância de uma gestão adequada de materiais, e Vencina Neto e Drouin (1993) são igualmente enfáticos ao argumentarem que o sistema de materiais não pode aceitar rupturas ou faltas no processo, por entenderem que este sistema deve estar embasado por uma visão global do processo produtivo.

### 3.3.2.2 Categoria de análise: itens cancelados – Ano 2008 a 2010

A Tabela 02 apresenta o número e o percentual de itens cancelados nos quatro pregões eletrônicos do período 2008 a 2010 (lembrando que o ano de 2009

possui 2 processos de aquisição, o que justifica que no período de três anos existam quatro pregões).

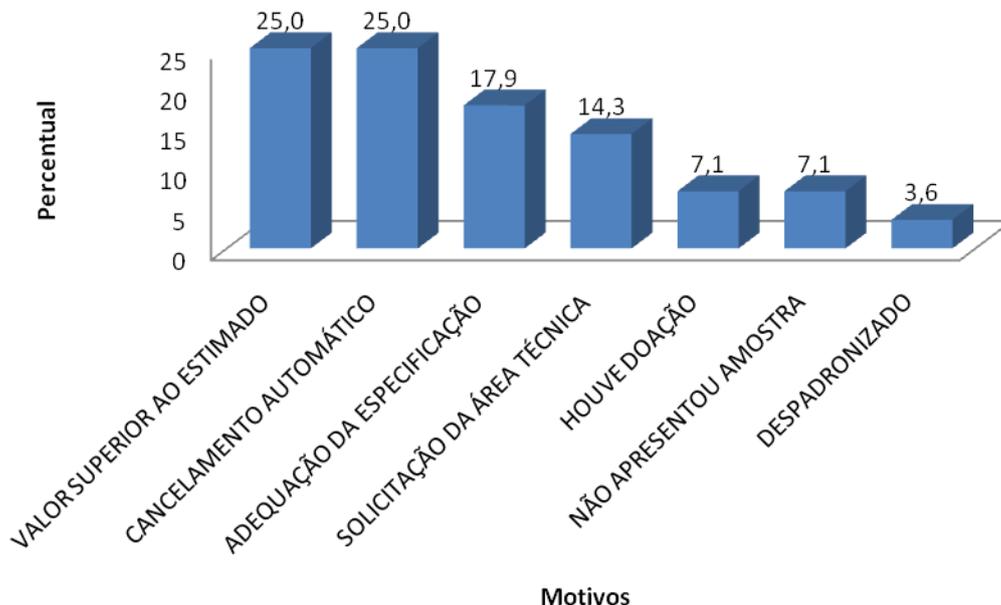
**Tabela 02** – Número e percentual de itens cancelados com e sem motivos especificados, nos quatro pregões eletrônicos do período 2008 a 2010.

	QTD	% EM RELAÇÃO AO TOTAL	% EM RELAÇÃO AOS ITENS CANCELADOS
Total de itens	1096		
Total de itens cancelados	295	26.9	100.0
Total de itens cancelados com motivo	203	18.5	68.8
Total de itens cancelados sem motivo	92	8.4	31.2

Fonte: HOSPITAL ... (2008; 2009b; 2010).

Nota-se que 295 itens foram cancelados, correspondendo a 26,9% do total; que 18,5% desses itens foram cancelados por algum motivo explicitado e 8,4% não tiveram o motivo do cancelamento explicitado.

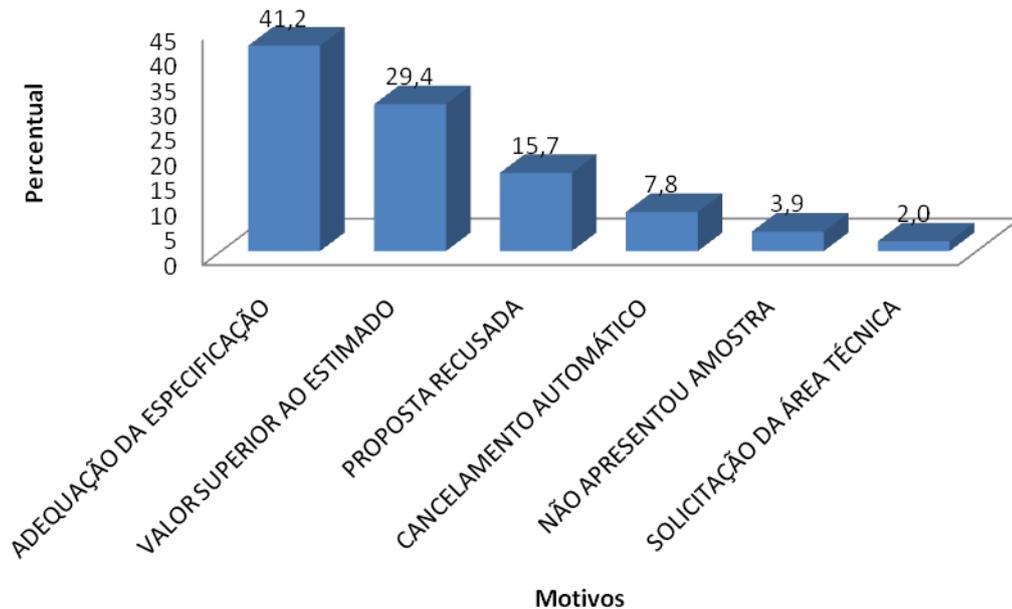
No gráfico1 discriminamos os motivos dos cancelamentos dos itens no ano de 2008. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi o valor superior ao estimado (25,0%) para o item e cancelamento automático (25,0%).



**Gráfico 01** – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2008.

Fonte: HOSPITAL ... (2008).

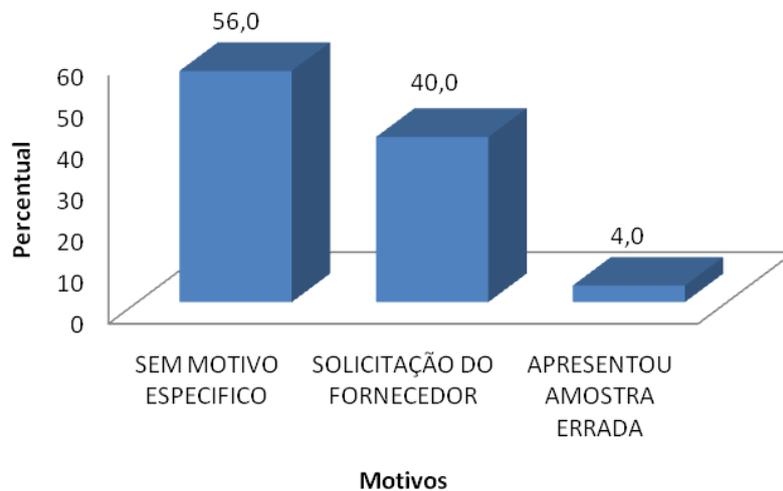
No gráfico 02 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens no ano de 2009. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi devido a não adequação da especificação (41,2%), seguido de valor superior ao estimado para o item (29,4%).



**Gráfico 02** – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2009.

**Fonte:** HOSPITAL ... (2009a).

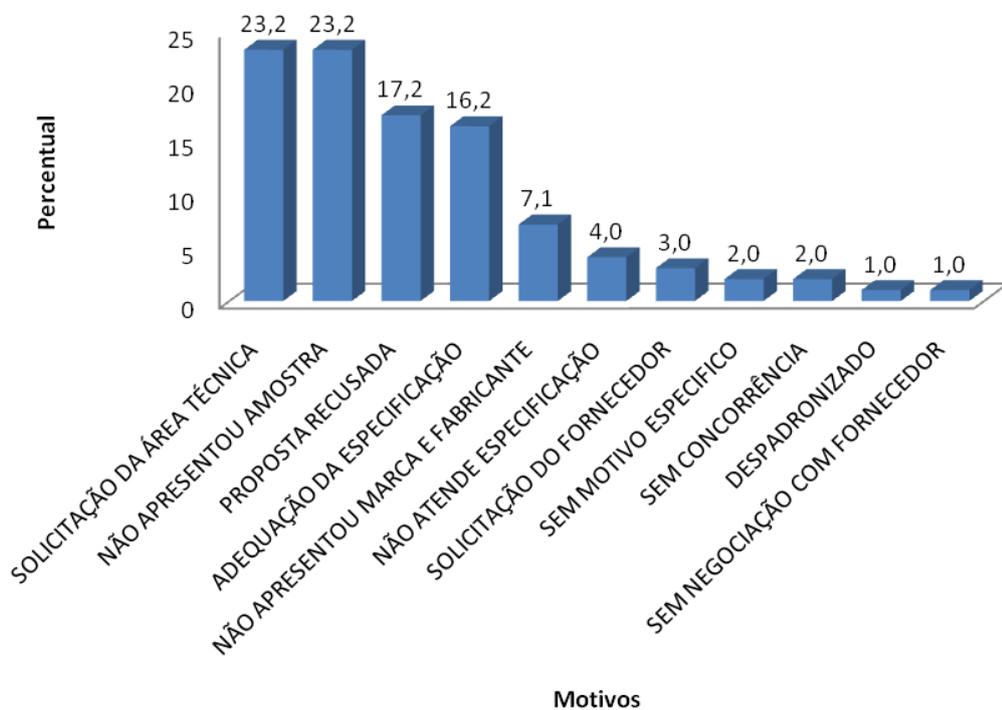
No Gráfico 03 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens no ano de 2009. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi “sem motivo específico” (56,0%), por solicitação do fornecedor 40,0%, e 4,0% por apresentação de amostra errada.



**Gráfico 03** – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2009.

Fonte: HOSPITAL ... (2009a).

No gráfico 04 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens no ano de 2010. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi por solicitação da área técnica (23,2%), seguido pela não apresentação da amostra (23,2%).



**Gráfico 04** – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, no pregão eletrônico de 2010.

Fonte: HOSPITAL ... (2010).

O motivo *valor superior ao estimado* significa que o fornecedor apresentou proposta com valor superior ao estimado pelo hospital, que para isso, segue as regras que a legislação estabelece.

O *cancelamento automático* ocorre quando não há oferta de propostas para o item por parte dos fornecedores, ou seja, nenhum fornecedor se apresenta para o pleito.

O cancelamento do item por motivo de *adequação da especificação* é significativo e indica falha no processo logístico, posto que a especificação seja uma de suas etapas e esteja prevista na legislação. Este motivo de cancelamento significa que a especificação do item apresenta falhas e, portanto, precisa passar por uma adequação. A esse respeito, a Lei 8.666/1993 estabelece requisitos tais como a caracterização adequada do objeto (Art. 14); que as especificações devem ser completas e sem indicações de marcas (Art. 15, § 7º, I).

A especificação de um item é parte importante de um processo de compras, por isso é fundamental ter bem definido a competência dessa fase, de modo que a sua realização atenda aos requisitos legais e elimine a possibilidade de cancelamento por esse motivo, pois no caso de uma especificação inadequada, o cancelamento do item não é solução, é disfunção. Em outras palavras, o cancelamento evita a compra, mas atrapalha o bom andamento do processo, com risco de desabastecimento (BRASIL, 2008).

Entretanto, existe a possibilidade da efetivação da compra de um item com especificação correta do ponto de vista genérico, mas inadequada do ponto de vista das particularidades e/ou necessidades da organização, ou seja, uma única palavra, número ou medida sem o rigor necessário de verificação pode provocar desperdício de recursos financeiros, tempo e energia empregada pela equipe responsável pelo processo logístico. Por exemplo, a compra de macas para transporte de pacientes cujas medidas sejam incompatíveis com as medidas dos elevadores é inaceitável, posto que, para efeito de remoções de pacientes os elevadores são fundamentais.

Ressalte-se que maca é classificada como equipamento e não como material de consumo que é o foco do nosso estudo, mas ilustra bem a necessidade e importância da gestão de materiais.

Outro motivo de cancelamento é o que se dá por *solicitação da área técnica* que pode ser resultante de situações justificáveis, mas que também pode indicar falha de avaliação da área técnica ou falta de planejamento.

Quando o hospital recebe doação de um ou mais itens que são objeto de licitação, o cancelamento do item ocorre pelo motivo descrito como *houve doação*.

Com relação ao fornecedor, o motivo *não apresentou amostra* é um direito de cancelamento garantido à organização, desde que o fornecedor não atenda à solicitação de amostra do item pela área técnica do hospital, que tem por finalidade avaliar aspectos importantes do item (material) como toxicidade, poder alergênico, segurança, resistência e outros, ou seja, o material não deve apresentar potencial tóxico, não pode possuir componentes com potencial para causar reações alérgicas e devem possuir mecanismos de segurança por ocasião da sua utilização nos procedimentos efetuados nos usuários, pelas equipes de saúde. Assim, se o fornecedor não disponibilizar amostra, o item pode ser cancelado.

Quanto ao motivo *despadronizado*, o cancelamento é uma decisão acertada, porém o item nem chegaria a fazer parte do certame se houvesse uma gestão de materiais para impedir.

Para todo cancelamento de item existe um motivo, mas quando este não é expresso, o cancelamento é dito *sem motivo especificado*. Esta lacuna na identificação do cancelamento inviabiliza identificar o que levou ao fato e isto pode comprometer a transparência do processo, assim como dificultar o acesso a informações precisas em trabalhos de pesquisa.

### 3.3.2.3 Categoria de análise: Itens empenhados – Ano 2008 a 2010

A Tabela 03 apresenta os códigos dos itens amostrados, a quantidade do fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada para o fornecedor e o percentual empenhado do item nos quatro pregões no período 2008 a 2010.

**Tabela 03 – Código do item, Quantidade do fornecedor e Quantidade empenhada e seus percentuais nos quatro pregões eletrônicos do período 2008 a 2010.**

<b>Cód. do Item</b>	<b>Qtde do Fornecedor</b>	<b>%</b>	<b>Qtde Empenhada p/ Fornecedor</b>	<b>%</b>	<b>Qtde a Empenhar</b>	<b>%</b>
11981-4	48	0.004	24	50.0	24	50.0
20829-1	<b>300</b>	<b>0.024</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>
23081-2	240	0.019	240	100.0	0	0.0
23641-8	248	0.020	50	20.2	198	79.8
24410-7	60	0.005	30	50.0	30	50.0
24424-3	176	0.014	85	48.3	91	51.7
24493-6	5	0.000	1	20.0	4	80.0
24613-9	40	0.003	35	87.5	5	12.5
24701-8	228	0.018	228	100.0	0	0.0
25149-7	<b>1576</b>	<b>0.126</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1576</b>	<b>100.0</b>
26481-7	48	0.004	12	25.0	36	75.0
26989-3	13065	1.045	4000	30.6	9065	69.4
26997-8	299088	23.920	75000	25.1	224088	74.9
27551-6	60	0.005	15	25.0	45	75.0
27588-5	24	0.002	3	12.5	21	87.5
27589-7	<b>960</b>	<b>0.077</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>960</b>	<b>100.0</b>
27615-4	<b>120</b>	<b>0.010</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
27632-4	<b>200</b>	<b>0.016</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>
27678-2	4	0.000	4	100.0	0	0.0
27701-2	<b>30</b>	<b>0.002</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
27702-0	<b>188</b>	<b>0.015</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>
27702-1	<b>240</b>	<b>0.019</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>240</b>	<b>100.0</b>
27702-2	366	0.029	110	30.1	256	69.9
27702-5	<b>252</b>	<b>0.020</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>252</b>	<b>100.0</b>
27722-1	<b>324</b>	<b>0.026</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>324</b>	<b>100.0</b>
27737-3	<b>1011</b>	<b>0.081</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1011</b>	<b>100.0</b>
27737-5	<b>2000</b>	<b>0.160</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>2000</b>	<b>100.0</b>
27758-7	1840	0.147	1120	100.0	720	0.0
27836-1	<b>264</b>	<b>0.021</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>264</b>	<b>100.0</b>
27850-0	1297	0.104	1297	100.0	0	0.0
27850-0	13253	1.060	3300	24.9	9953	75.1
27857-0	<b>748</b>	<b>0.060</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>748</b>	<b>100.0</b>
27862-2	<b>3662</b>	<b>0.293</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>3662</b>	<b>100.0</b>
27862-6	<b>3600</b>	<b>0.288</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>3600</b>	<b>100.0</b>
27870-1	<b>96</b>	<b>0.008</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>
27872-4	2880	0.230	2130	74.0	750	26.0
27933-6	4383	0.351	1383	31.6	3000	68.4
27939-3	29688	2.374	15000	50.5	14688	49.5
27940-2	487385	38.980	320000	65.7	167385	34.3
27956-1	36	0.003	9	25.0	27	75.0
<b>27956-2</b>	<b>72</b>	<b>0.006</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

<b>Cód. do Item</b>	<b>Qtde do Fornecedor</b>	<b>%</b>	<b>Qtde Empenhada p/ Fornecedor</b>	<b>%</b>	<b>Qtde a Empenhar</b>	<b>%</b>
<b>27956-4</b>	<b>120</b>	<b>0.010</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>
27957-0	600	0.048	150	25.0	450	75.0
<b>27957-9</b>	<b>36</b>	<b>0.003</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>
27959-3	20	0.002	5	25.0	15	75.0
<b>27962-6</b>	<b>250</b>	<b>0.020</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>
<b>27963-5</b>	<b>1500</b>	<b>0.120</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1500</b>	<b>100.0</b>
27964-1	24	0.002	6	25.0	18	75.0
<b>27974-7</b>	<b>1152</b>	<b>0.092</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1152</b>	<b>100.0</b>
27976-0	2304	0.184	1200	52.1	1104	47.9
27976-1	12000	0.960	7600	63.3	4400	36.7
27976-2	5414	0.433	2000	36.9	3414	63.1
27982-6	78	0.006	30	38.5	48	61.5
28030-6	67	0.005	24	35.8	43	64.2
28051-9	88930	7.112	78800	88.6	10130	11.4
28063-9	12	0.001	4	33.3	8	66.7
<b>28115-5</b>	<b>644</b>	<b>0.052</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>644</b>	<b>100.0</b>
28121-7	400	0.032	133	33.3	267	66.8
28150-9	500	0.040	152	30.4	348	69.6
28268-8	864	0.069	864	100.0	0	0.0
<b>28297-3</b>	<b>80</b>	<b>0.006</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>
<b>28398-7</b>	<b>1927</b>	<b>0.154</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1927</b>	<b>100.0</b>
<b>28424-9</b>	<b>780</b>	<b>0.062</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>780</b>	<b>100.0</b>
28452-2	2688	0.215	224	8.3	2464	91.7
28469-7	1260	0.101	300	23.8	960	76.2
<b>28621-1</b>	<b>6</b>	<b>0.000</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>
<b>28680-7</b>	<b>60</b>	<b>0.005</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>
<b>28681-2</b>	<b>48</b>	<b>0.004</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>
<b>28897-5</b>	<b>340</b>	<b>0.027</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>340</b>	<b>100.0</b>
29100-9	88496	7.078	14000	15.8	74496	84.2
29141-9	7800	0.624	3900	50.0	3900	50.0
29589-5	1800	0.144	650	36.1	1150	63.9
29612-7	60	0.005	15	25.0	45	75.0
29726-9	840	0.067	500	59.5	340	40.5
<b>29857-1</b>	<b>180</b>	<b>0.014</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>29950-4</b>	<b>6</b>	<b>0.000</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>
<b>30034-0</b>	<b>620</b>	<b>0.050</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>620</b>	<b>100.0</b>
30052-9	2400	0.192	1000	41.7	1400	58.3
30073-6	240	0.019	30	12.5	210	87.5
30789-5	22072	1.765	5000	22.7	17072	77.3
<b>30851-1</b>	<b>594</b>	<b>0.048</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>594</b>	<b>100.0</b>
30999-1	24	0.002	24	100.0	0	0.0
<b>31109-3</b>	<b>2164</b>	<b>0.173</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>2164</b>	<b>100.0</b>

Cód. do Item	Qtde do Fornecedor	%	Qtde Empenhada p/ Fornecedor	%	Qtde a Empenhar	%
3136-4	739	0.059	370	50.1	369	49.9
<b>31536-7</b>	<b>36</b>	<b>0.003</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>
31891-9	1200	0.096	500	41.7	700	58.3
32711-8	600	0.048	150	25.0	450	75.0
<b>33449-4</b>	<b>25</b>	<b>0.002</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>
33470-8	30	0.002	7	23.3	23	76.7
33862-0	36	0.003	18	50.0	18	50.0
33915-2	300	0.024	50	16.7	250	83.3
33994-6	6	0.000	2	33.3	4	66.7
<b>34084-1</b>	<b>134</b>	<b>0.011</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>134</b>	<b>100.0</b>
34228-4	4	0.000	4	100.0	0	0.0
<b>34338-3</b>	<b>192</b>	<b>0.015</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>192</b>	<b>100.0</b>
34338-4	10	0.001	10	100.0	0	0.0
34533-9	6	0.000	6	100.0	0	0.0
<b>34556-0</b>	<b>258</b>	<b>0.021</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>258</b>	<b>100.0</b>
<b>34601-6</b>	<b>100</b>	<b>0.008</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>
34691-0	90	0.007	28	31.1	62	68.9
<b>34711-0</b>	<b>698</b>	<b>0.056</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>698</b>	<b>100.0</b>
34734-9	6	0.000	2	33.3	4	66.7
34735-7	75	0.006	30	40.0	45	60.0
34785-4	120	0.010	15	12.5	105	87.5
34842-8	60	0.005	15	25.0	45	75.0
34842-9	60	0.005	30	50.0	30	50.0
34878-2	12096	0.967	3000	24.8	9096	75.2
35020-7	16	0.001	16	100.0	0	0.0
35077-7	888	0.071	732	82.4	156	17.6
<b>35109-9</b>	<b>30</b>	<b>0.002</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>35116-8</b>	<b>62</b>	<b>0.005</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>
35124-0	3840	0.307	624	16.3	3216	83.8
<b>35124-1</b>	<b>5376</b>	<b>0.430</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>5376</b>	<b>100.0</b>
35148-9	28	0.002	28	100.0	0	0.0
35151-7	1000	0.080	250	25.0	750	75.0
35153-1	4033	0.323	1600	39.7	2433	60.3
35157-9	36	0.003	36	100.0	0	0.0
35239-0	75000	5.998	74000	98.7	1000	1.3
35292-9	6	0.000	3	50.0	3	50.0
35503-9	24	0.002	6	25.0	18	75.0
35548-5	96	0.008	48	50.0	48	50.0
35553-8	480	0.038	370	77.1	110	22.9
35593-4	300	0.024	300	100.0	0	0.0
35666-5	600	0.048	600	100.0	0	0.0
35919-1	360	0.029	30	8.3	330	91.7

Cód. do Item	Qtde do Fornecedor	%	Qtde Empenhada p/ Fornecedor	%	Qtde a Empenhar	%
36345-7	12	0.001	3	25.0	9	75.0
36797-9	4000	0.320	1000	25.0	3000	75.0
<b>36931-4</b>	<b>3296</b>	<b>0.264</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>3296</b>	<b>100.0</b>
<b>36955-5</b>	<b>200</b>	<b>0.016</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>
37222-9	24	0.002	6	25.0	18	75.0
38488-3	14040	1.123	1000	7.1	13040	92.9
38639-3	216	0.017	54	25.0	162	75.0
TOTAL	1250349	100.0	625630	50.0	624719	50.0

Fonte: HOSPITAL ... (2008; 2009a; 2010)

Nota-se que o item **27940-2** foi o item com maior quantidade, correspondendo a 39,0 % dos itens, e que foi empenhado cerca de 65.7% dos itens. Ressalta-se que 48 itens não foram empenhados, resultando no total de itens a empenhar que foi de 624719, correspondendo a 50,0% da quantidade total de itens.

Esta fase do processo de compras resulta das fases descritas anteriormente e pode refletir e demonstrar o impacto causado por disfunções ocorridas nas etapas que lhe antecederam, evidenciadas na quantidade a empenhar, que neste caso foi de 50% do total de itens. Em outras palavras, previsões erradas de materiais podem impactar negativamente na previsão orçamentária, pois a Lei nº 4.320 de 17/03/1964 veda a realização de despesa sem prévio empenho e a Lei nº 8.666/1993, artigo 40, XIV requer indicações dos recursos orçamentários para o pagamento. Neste sentido, a observação de Ferreira (2005, p. 7) é pertinente: “Ver a logística como um sistema significa perceber que as decisões tomadas em qualquer segmento do sistema provocam reflexos em todo o sistema”.

Entretanto, Infante e Santos (2007, p. 946) lembram que o setor público tende a justificar os problemas de abastecimento dos serviços de saúde com a insuficiência de recursos orçamentários, mas que essa é apenas parte do problema, e apontam fatores como desperdícios, má utilização de insumos e equipamentos, carência de qualificação dos trabalhadores da área de abastecimento e a pouca atenção ao planejamento logístico nas organizações públicas de saúde. Portanto, o planejamento é fundamental para o êxito do processo logístico.

Sobre a eficácia do processo logístico, duas categorias igualmente importantes se lhe estão intimamente ligadas – a eficiência e a efetividade – e as três categorias têm relação direta com a gestão de materiais.

Portanto, o cumprimento das etapas do processo logístico *per se* não se traduz em eficácia se os resultados demonstrarem discrepâncias entre o objetivo pretendido e o alcançado, tendo em vista que eficácia refere-se ao alcance de resultados. Da mesma forma, não se traduz em eficiência se não produzir resultados e benefícios ao custo mais baixo, e não se traduz em efetividade se o impacto da ação não satisfizer as necessidades da clientela (usuários internos e externos) que gerou a ação (MOTTA, 2001a).

Ademais, não se deve perder de vista que a efetivação das etapas do processo logístico referente à previsão de materiais, à abertura e implementação do processo licitatório e à condução dos procedimentos orçamentários e financeiros com vistas ao processo de empenho são atividades inter-relacionadas de um sistema operacional que faz parte de um sistema organizacional. Neste sentido, a organização é um sistema composto de subsistemas.

Finalizando, esclarecemos que as tabelas apresentadas descrevem os dados no período de 2008 a 2010. Em Anexos, as tabelas estão apresentadas com a descrição dos dados por categoria de análise, por ano.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta monografia foi analisado o processo logístico de materiais e inferido acerca do mesmo na estrutura organizacional do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), no período de 2008 a 2010.

Estas conclusões são mais normativas pelo caráter do trabalho desenvolvido. A análise qualitativa e a observação permitem complementar as informações de forma a poder dar alguns subsídios à gestão da organização.

Os resultados obtidos a partir da análise dos dados quantitativos apontam um comprometimento da eficácia do processo logístico de materiais tendo em vista os resultados pretendidos e os resultados efetivamente alcançados, e as verificações das discrepâncias existentes entre os resultados pretendidos e os resultados alcançados.

Em decorrência de tais afirmações pode-se confirmar que a logística de materiais interfere no alcance dos objetivos e metas organizacionais na medida em que a logística de materiais é um subsistema do sistema organizacional e que qualquer alteração em um subsistema interfere no sistema como um todo, e na medida em que a prestação de serviços é totalmente dependente da aquisição de materiais e de equipamentos, tanto para quem os recebe - os usuários - como para quem os realizam - os profissionais de saúde. Entretanto, as discrepâncias encontradas entre a previsão de materiais e a execução da compra dentro da logística de materiais se constitui no fator de maior relevância nos resultados obtidos. Com isso, reitera-se a importância de uma gestão de materiais, que tem como prerrogativas ações de planejamento, coordenação, avaliação e controle. Portanto, cabe à organização repensar os elementos da sua estrutura de modo a permitir a gestão de materiais, em um processo de criação confiável, difundido por todos os membros da organização, com ampla participação através de técnicas de discussão grupal, de modo a desenvolver a interação e a integração entre as áreas meio e fim, com vistas ao envolvimento de todos nas fases do processo logístico, tendo em vista o alinhamento dos objetivos do subsistema de compras aos objetivos do sistema organizacional, que, ao fim e ao cabo, são voltados aos usuários do SUS.

Neste particular, o cerne da questão é não causar mal ao paciente. Assim, a constituição de uma comissão permanente, cuja denominação é menos importante do que a sua missão, que dê conta de um aparato com tal complexidade, encontra respaldo em experiências exitosas relatadas pela ANVISA (BRASIL, 2008, p. 7, 11) sobre pré-qualificação de artigos médico-hospitalares realizada em organizações hospitalares do Rio de Janeiro (Comissão Especial de Avaliação Técnica de Artigos), São Paulo (Comissão de Especificação e Homologação), Porto Alegre (Comissão de Padronização de Material Médico-Hospitalar) e Minas Gerais (Comissão de Controle de Qualidade de Artigos).

Nessa abordagem a ANVISA esclarece que uma comissão desse nível deve manter relações intra-institucionais com os profissionais usuários, com a Administração, com as unidades da cadeia logística e pregoeiros, com a área jurídica e com a Gerência de Risco. Com o mesmo propósito, que é garantir atendimento seguro e efetivo aos pacientes no âmbito do Sistema de Saúde, a comissão deve manter relações com fornecedores, também.

Desse modo, a comissão atua dentro da gestão de materiais integrando todas as áreas, ajudando a corrigir não-conformidades e a garantir boas práticas de compras. Entretanto, a gestão hospitalar precisa ter clareza do trabalho de base que antecede as atividades da comissão, não cabendo atitudes equivocadas de simples redução de quantidades de materiais para aquisição ou de autoritarismo, por pessoas que não estão qualificadas para presidir uma comissão dessa natureza.

Finalizando, consideramos como limitações deste estudo a não realização de inferências estatísticas, com realização de análises meramente descritivas. Outro fator que avaliamos neste sentido foi a opção pela entrevista exploratória com aplicação a um respondente, pois isso limitou um aprofundamento no viés qualitativo da pesquisa no aspecto relacionado ao servidor-usuário.

Considerando os resultados desta pesquisa, sugerimos, para pesquisa futura, os sistemas de gerenciamento da qualidade em organizações hospitalares do setor público, tendo em vista a importância dos instrumentos gerenciais pertinentes à gestão da qualidade, cujo fundamento primordial é o atendimento das necessidades do cidadão-usuário. Siqueira (2002) faz uma abordagem inicial sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luis César G. de. **Teoria Geral da Administração**: aplicação e resultados nas empresas brasileiras. São Paulo: Atlas, 2004.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: UFCS, 2005.

BARBIERE, José Carlos; MACHLINE, Claude. **Logística hospitalar**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BERTALANFFY, Ludwig Von. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância sanitária e licitação pública**. Brasília: ANVISA, 2003.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares**: uma estratégia de vigilância sanitária de prevenção. Brasília: ANVISA, 2008.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual para regularização de equipamentos médicos na ANVISA**. Brasília: ANVISA, 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990a. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 ago. 1990. Disponível em: <[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/controle/decreto\\_99438\\_90.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/controle/decreto_99438_90.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 3.555, de 08 de agosto de 2000. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 ago. 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3555.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3555.htm)>. Acesso em: 23 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 27 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm)>. Acesso em: 23 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS/96 - Portaria nº. 2.203/1996**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS/2002- Portaria nº 373/2002**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.378, de 26 de outubro de 2004. Certifica 28 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 207, 27 out. 2004. Seção 1, p. 69.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: CAPACITAÇÃO para Conselheiros de Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARAVANTES, Geraldo R.; PANNO, Cláudia C.; KLOECKNER, Mônica C. **Administração: teorias e processos**. São Paulo: Pearson Prentice-Hall, 2005.

CARREIRA, Dorival. **Organização, sistemas e métodos: ferramentas para racionalizar as rotinas de trabalho e a estrutura organizacional da empresa**. São Paulo: Saraiva 2009.

CARRETEIRO, Ronald Pinto. **Inovação tecnológica: como garantir a modernidade do negócio**. Rio de Janeiro: LCT, 2009. (Gestão Estratégica).

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Lisboa: Fundação CaldeusteGulbenkian, 2002. (A Era da Informação: economia, sociedade e cultura, v. 1).

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

FERREIRA, Leonardo Nunes. Custos logísticos hospitalares: um estudo empírico. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 9., 2005, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Católica de Brasília, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANÇA, Maria Adelaide de C. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos da Administração Pública**. São Paulo: Saraiva, 2010.

GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. **ERA**, v. 40, n. 1, p. 7-8, jan./mar. 2000.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. **Histórico do Hospital**. Belém: HUIBB, 2006. (Compêndio)

\_\_\_\_\_. **Plano de Gestão Hospitalar 2007/2009 do HUIBB**. Belém: HUIBB, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Plano Operativo Anual 2008/2009**. Belém: HUIBB, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual 2005**. Belém: HUIBB, 2005.

\_\_\_\_\_. **Regimento Interno 2008**. Belém: HUIBB, 2008.

IANNI, Octavio. **A sociedade global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

INFANTE, M.; SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 945-954, 2007.

LABRA, Maria Eliana. Proposições para o estudo da relação entre política, burocracia e administração no setor saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 4, p. 41-42, jan./mar. 1988.

LUHMANN, Niklas. **Introdução à Teoria dos Sistemas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LUPORINI, Carlos Eduardo Mori; PINTO, Nelson Martins. **Sistemas administrativos**: uma abordagem moderna de O&M. São Paulo: Atlas, 1985.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Org.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: CAMINHOS da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio/ago. 2003.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2009.

MIRANDA, Thales Ribamar; MACIEIRA, André Rego; SANTOS, Rafael Paim Cunha. Modernização administrativa em Organizações Públicas: uma metodologia baseada na melhoria dos processos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 24., 2004, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ABEPRO, 2004.

MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001a.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001b.

RIBEIRO, Antonio de Lima. Escola do comportamento humano. In: \_\_\_\_\_. **Teorias da administração**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 79-80.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. O futuro da Era Vargas: o nascimento de um Estado-Nação. In: O EX-LEVIATÃ brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. p. 19, 32-33.

SCHEIN, Edgar H. Problemas humanos nas organizações. In:\_\_\_\_\_. **Psicologia Organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SILVESTRE, Hugo Consciência. **Gestão Pública**: modelos de prestação no Serviço Público. Lisboa: Escolar, 2010.

SIQUEIRA, Jairo. Gestão da qualidade na saúde. In: ENCONTRO DE GESTÃO SISTÊMICA, 11., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2002.

SOUSA, Maria do Socorro Batista de. **Enfermagem e saúde pública**: contexto histórico no Estado do Pará. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 2003.

CONSUN. Resolução n. 652, de 15 de setembro de 2008. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Secretaria-Geral dos Conselhos Superiores Deliberativos; CONSUN. Resoluções do CONSUN 2001-2008. Belém, 2008. Disponível em: <[http://www.ufpa.br/sege/boletim\\_interno/downloads/resolucoes/consun/2008/%20652.pdf](http://www.ufpa.br/sege/boletim_interno/downloads/resolucoes/consun/2008/%20652.pdf)>. Acesso em: 23 out 2011.

VECINA NETO, Gonzalo; DROUIN, André. Os serviços logísticos e Gerais. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Vitor. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro; Rennes: ENSP, 1993.

## **APÊNDICE(S)**

## APÊNDICE A – Carta-explicação

O presente questionário é um instrumento de coleta de dados qualitativos que tem por finalidade captar a percepção de um cliente do processo logístico do Hospital Universitário João de Barros Barreto. O objetivo é servir de parâmetro para avaliação do arcabouço metodológico do projeto de pesquisa para obtenção do título de mestre, do **Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos - NAEA, da Universidade Federal do Pará.**

Na condição de mestranda, venho solicitar que Vossa Senhoria aceite responder ao presente instrumento, que contém 10 perguntas de natureza objetiva e subjetiva, sendo 5 abertas e 5 fechadas.

No intuito de garantir máxima liberdade e isenção às respostas não será solicitada identificação ao respondente.

Atenciosamente,

---

Leila Maria de Souza Serejo

Mestranda

## APÊNDICE B – Questionário

O organograma é a representação gráfica da Estrutura Organizacional e esta representa a relação, maior ou menor, de autoridade hierárquica de uns em relação aos outros. O processo logístico é um conjunto de atividades estruturadas e voltadas ao atendimento das demandas das organizações no que concerne a produtos, materiais e outros. De posse dessas informações, perguntam-se:

1. Em sua opinião, a estrutura hierárquica do HUUJBB facilita, dificulta ou é indiferente com relação ao funcionamento do processo logístico?

2. Como cliente do processo logístico, como você se sente em relação ao atendimento das demandas?

Bastante satisfeito

Satisfeito

Insatisfeito

Bastante insatisfeito

3. Quais setores você acha que desenvolvem atividades do processo logístico do HUUJBB?

4. A partir de uma definição simples, mas ilustrativa, de eficácia como: realizar um trabalho que atinja plenamente o resultado que se espera. Perguntam-se:

O que você acha necessário para que um processo logístico seja eficaz?

5. Que fatores você aponta como positivos no processo logístico do HUUJBB, com relação ao atendimento da demanda?

6. Que fatores você aponta como negativos no processo logístico do HUUJBB, com relação ao atendimento da demanda?

7. Quando há falta de produtos médico-hospitalares no hospital, que atitude você toma?

Aguarda pela resolução

Exige providências e acompanha o desenvolvimento da questão

Exige providências, mas não acompanha o desenvolvimento da questão

8. Se você exige providências, a que nível da estrutura hierárquica do hospital você se reporta?

Diretoria

Coordenadoria

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9. Você identifica um período do ano onde a falta de materiais médico-hospitalares é maior?

Sim

Não

10. Se a resposta for positiva, qual? \_\_\_\_\_

### APÊNDICE C – Categoria itens dispensados – Ano 2008

A tabela 04 apresenta a quantidade de itens previstos para o ano de 2008, e o percentual de itens dispensados no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2008. Nota-se que setor 1B foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 40,1% do total de itens previstos para o ano, sendo que 55,3% desses itens foram dispensados. Nota-se também que existem setores para os quais não há dispensação do material previsto indicando um possível desperdício desses itens a exemplo os setores ZB, 1A, S6, 1D, WW, G4 e F3, e também a existência de setores que solicitaram mais itens do que os previstos, indicando um possível mau planejamento na previsão, a exemplo os setores AC e SS.

**Tabela 04 – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2008.**

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2008	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/08*31/12/08	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. ZA	3648	2.74	657	18.0	2991	82.0
CÓD. ZC	1932	1.45	736	38.1	1196	61.9
CÓD. P1	19935	15.00	3413	17.1	16522	82.9
CÓD. P3	10196	7.67	1226	12.0	8970	88.0
CÓD. P4	6924	5.21	1465	21.2	5459	78.8
CÓD. AA	19333	14.55	4033	20.9	15300	79.1
CÓD. ZB	600	0.45	0	0.0	600	100.0
CÓD. 1A	3696	2.78	0	0.0	3696	100.0
CÓD. 2D	120	0.09	51	42.5	69	57.5
CÓD. S2	34	0.03	6	17.6	28	82.4
CÓD. AB	3399	2.56	1260	37.1	2139	62.9
CÓD. S4	51	0.04	20	39.2	31	60.8
CÓD. S6	30	0.02	0	0.0	30	100.0
CÓD. 1D	24	0.02	0	0.0	24	100.0
CÓD. AC	72	0.05	109	151.4	-37	-51.4
CÓD. WW	48	0.04	0	0.0	48	100.0
CÓD. G4	2	0.00	0	0.0	2	100.0
CÓD. S8	110	0.08	11	10.0	99	90.0
CÓD. WX	72	0.05	6	8.3	66	91.7
CÓD. ZD	4962	3.73	696	14.0	4266	86.0
CÓD. 2A	3992	3.00	640	16.0	3352	84.0
CÓD. SS	3	0.00	4	133.3	-1	-33.3
CÓD. 2B	88	0.07	33	37.5	55	62.5
CÓD. F1	41	0.03	30	73.2	11	26.8

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2008	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/08³31/12/08	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. F3	180	0.14	0	0.0	180	100.0
CÓD. F5	24	0.02	6	25.0	18	75.0
CÓD. 1B	53288	40.09	29459	55.3	23829	44.7
CÓD. AD	109	0.08	5	4.6	104	95.4
TOTAL	132913	100.00	43866	33.0	89047	67.0

Fonte: HOSPITAL ... (2008).

### APÊNDICE D – Categoria itens dispensados – Ano 2009

A tabela 05 apresenta a quantidade de itens previstos para o ano de 2009, e o percentual de itens dispensados no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2009. Nota-se que setor ZC foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 21,6% do total de itens previstos para o ano, sendo que 47,2% desses itens foram dispensados. Nota-se também que existem setores para os quais não há dispensação do material previsto indicando um possível desperdício desses itens exemplo os setores ZB, S6, 1D, S8, 1C,132 e F7, e também a existência de setores que solicitaram mais itens do que os previstos, indicando um possível mau planejamento na previsão, a exemplo os setores 2D e F1.

**Tabela 05 – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2009.**

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2009	(%)	DISPENSACÃO (D) 01/01/09 a 31/12/09	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) É (D)	(%)
CÓD. ZA	88824	14.44	86421	97.3	2403	2.7
CÓD. ZC	132582	21.55	62519	47.2	70033	52.8
CÓD. P2	88000	14.30	39476	44.9	48524	55.1
CÓD. P3	52707	8.57	33622	63.8	19085	36.2
CÓD. P4	106564	17.32	43599	40.9	62965	59.1
CÓD. AA	55910	9.09	27251	48.7	28659	51.3
CÓD. ZB	1200	0.20	0	0.0	1200	100.0
CÓD. 2C	1522	0.25	570	37.5	952	62.5
CÓD. 2D	2406	0.39	3759	156.2	-1353	-56.2
CÓD. S2	1704	0.28	953	55.9	751	44.1
CÓD. AB	6930	1.13	3800	54.8	3130	45.2
CÓD. S4	1336	0.22	1015	76.0	321	24.0
CÓD. S6	512	0.08	0	0.0	512	100.0
CÓD. 1D	510	0.08	0	0.0	510	100.0
CÓD. AC	45396	7.38	24396	53.7	21000	46.3
CÓD. S8	254	0.04	0	0.0	254	100.0
CÓD. ZD	7572	1.23	2880	38.0	4692	62.0
CÓD. 1C	360	0.06	0	0.0	360	100
CÓD. 2A	9550	1.55	4313	45.2	5237	54.8
CÓD. G2	150	0.02	23	15.3	127	84.7
CÓD. G2	348	0.06	255	73.3	93	26.7
CÓD. SS	36	0.01	2	5.6	34	94.4
CÓD. 2B	4696	0.76	1020	21.7	3676	78.3
CÓD. F1	25	0.00	1140	4560.0	-1115	-4460.0

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2009	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/09 a 31/12/09	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. 132	2510	0.41	0	0.0	2510	100.0
CÓD. F5	700	0.11	275	39.3	425	60.7
CÓD. 1B	686	0.11	568	82.8	118	17.2
CÓD. AD	2249	0.37	470	20.9	1779	79.1
CÓD. F7	30	0.00	0	0.0	30	100.0
TOTAL	615269	100	338327	55.0	276912	45.0

Fonte: HOSPITAL ... (2009a).

### APÊNDICE E – Categoria itens dispensados – Ano 2009

A tabela 06 apresenta a quantidade de itens previstos para o ano de 2009, e o percentual de itens dispensados no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2009. Nota-se que setor AC foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 23,2% do total de itens previstos para o ano, sendo que 35,2% desses itens foram dispensados. Nota-se também que existem setores para os quais não há dispensação do material previsto indicando um possível desperdício desses itens a exemplo os setores 170, F7 e também a existência de setores que solicitaram mais itens do que os previstos, indicando um possível mau planejamento na previsão, a exemplo os setores ZA, P4, 2C, 2D, S4 e 178.

**Tabela 06** – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2009.

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2009	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/09ª31/12/09	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. ZA	16354	3.71	43474	265.8	-27120	-165.8
CÓD. ZC	41310	9.38	31205	75.5	10105	24.5
CÓD. P1	64700	14.68	47578	73.5	17122	26.5
CÓD. P2	64200	14.57	35384	55.1	28816	44.9
CÓD. P3	28080	6.37	26981	96.1	1099	3.9
CÓD. P4	31392	7.12	38636	123.1	-7244	-23.1
CÓD. AA	25956	5.89	21630	83.3	4326	16.7
CÓD. G8	24	0.01	4	16.7	20	83.3
CÓD. ZB	0	0.00	-5	-	-5	-
CÓD. 2C	612	0.14	1047	171.1	-435	-71.1
CÓD. KL	0	0.00	1	-	-1	-
CÓD. KM	4	0.00	2	50.0	2	50.0
CÓD. G6	30	0.01	8	26.7	22	73.3
CÓD. 1A	290	0.07	288	99.3	2	0.7
CÓD. KN	0	0.00	2	-	-2	-
CÓD. 54	1260	0.29	9761	774.7	-8501	-674.7
CÓD. KO	50	0.01	29	58.0	21	42.0
CÓD. S2	1250	0.28	160	12.8	1090	87.2
CÓD. AB	14152	3.21	5442	38.5	8710	61.5
CÓD. S4	698	0.16	1304	186.8	-606	-86.8
CÓD. S6	1250	0.28	32	2.6	1218	97.4
CÓD. 1D	114	0.03	27	23.7	87	76.3
CÓD. AC	102400	23.24	36050	35.2	66350	64.8
CÓD.WW	12	0.00	10	83.3	2	16.7

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2009	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/09 <sup>a</sup> 31/12/09	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. G4	8000	1.82	2000	25.0	6000	75.0
CÓD. G4	6	0.00	1	16.7	5	83.3
CÓD. S8	150	0.03	41	27.3	109	72.7
CÓD. WX	72	0.02	42	58.3	30	41.7
CÓD. ZD	7300	1.66	3895	53.4	3425	46.9
CÓD. 2A	10056	2.28	5105	50.8	4951	49.2
CÓD. G2	30	0.01	30	100.0	0	0.0
CÓD. WY	0	0.00	1	-	1	-
CÓD. 2B	5000	1.13	2400	48.0	2600	52.0
CÓD. 2B	100	0.02	48	48.0	52	52.0
CÓD. F1	80	0.02	37	46.3	43	53.8
CÓD. F3	12144	2.76	108	0.9	12036	99.1
CÓD. F5	560	0.13	169	30.2	391	69.8
CÓD. 1B	1404	0.32	875	62.3	529	37.7
CÓD. AD	1540	0.35	782	50.8	758	49.2
CÓD. WZ	0	0.00	2	-	-2	-
CÓD. 170	1	0.00	0	0.0	1	100.0
CÓD. F7	30	0.01	0	0.0	30	100.0
CÓD. 178	24	0.01	42	175.0	-18	-75.0
CÓD. R4	0	0.00	320	-	-320	-
CÓD. R5	0	0.00	1	-	-1	-
CÓD. R2	0	0.00	1	-	-1	-
TOTAL	440635	100.00	314950	71.5	125697	28.5

Fonte: HOSPITAL ... (2009).

## APÊNDICE F – Categoria itens dispensados – Ano 2010

A tabela 07 apresenta a quantidade de itens previstos para o ano de 2010, e o percentual de itens dispensados no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010. Nota-se que setor 1B foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 55,9% do total de itens previstos para o ano, sendo que 78,7% desses itens foram dispensados. Nota-se também que existem setores para os quais não há dispensação do material previsto indicando um possível desperdício desses itens a exemplo os setores TT, S6, 1D, KM, G2 e F1, e também a existência de setores que solicitaram mais itens do que os previstos, indicando um possível mau planejamento na previsão, a exemplo o setor SS.

**Tabela 07 – Quantidade e percentual de itens previstos e dispensados para o ano de 2010.**

SETOR/ CÓDIGO	PREVISÃO (P) 2010	(%)	DISPENSAÇÃO (D) 01/01/10*31/12/10	(%)	DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)	(%)
CÓD. ZA	12790	2.83	5804	45.4	6986	54.6
CÓD. ZC	4749	1.05	1289	27.1	3460	72.9
CÓD. P1	34201	7.58	5800	17.0	28401	83.0
CÓD. P2	21501	4.77	3734	17.4	17767	82.6
CÓD. TT	400	0.09	0	0.0	400	100.0
CÓD. P3	16954	3.76	2221	13.1	14733	86.9
CÓD. P4	11370	2.52	3723	32.7	7647	67.3
CÓD. AA	12240	2.71	2995	24.5	9245	75.5
CÓD. 2C	1605	0.36	180	11.2	1425	88.8
CÓD. KM	72	0.02	0	0.0	72	100.0
CÓD. 1A	50	0.01	12	24.0	38	76.0
CÓD. 2D	5122	1.14	2137	41.7	2985	58.3
CÓD. KO	19	0.00	4	21.1	15	78.9
CÓD. S2	526	0.12	73	13.9	453	86.1
CÓD. AB	2745	0.61	1735	63.2	1010	36.8
CÓD. S4	950	0.21	79	8.3	871	91.7
CÓD. S6	12	0.00	0	0.0	12	100.0
CÓD. 1D	27	0.01	0	0.0	27	100.0
CÓD. AC	5664	1.26	343	6.1	5321	93.9
CÓD. S8	113	0.03	28	24.8	85	75.2
CÓD. ZD	37968	8.42	931	2.5	37037	97.5
CÓD. 2A	4486	0.99	678	15.1	3808	84.9
CÓD. G2	106	0.02	0	0.0	106	100.0
CÓD. SS	6	0.00	10	166.7	-4	-66.7

<b>SETOR/ CÓDIGO</b>	<b>PREVISÃO (P) 2010</b>	<b>(%)</b>	<b>DISPENSAÇÃO (D) 01/01/10<sup>a</sup>31/12/10</b>	<b>(%)</b>	<b>DIFERENÇA ENTRE (P) E (D)</b>	<b>(%)</b>
CÓD. 2B	1170	0.26	160	13.7	1010	86.3
CÓD. F1	24	0.01	0	0.0	24	100.0
CÓD. F3	23898	5.30	10291	43.1	13607	56.9
CÓD. F5	339	0.08	22	6.5	317	93.5
CÓD. 1B	252048	55.86	198452	78.7	53596	21.3
CÓD. AD	36	0.01	10	27.8	26	72.2
<b>TOTAL</b>	<b>451191</b>	<b>100.00</b>	<b>240711</b>	<b>53.4</b>	<b>210480</b>	<b>46.6</b>

Fonte: HOSPITAL ... (2010).

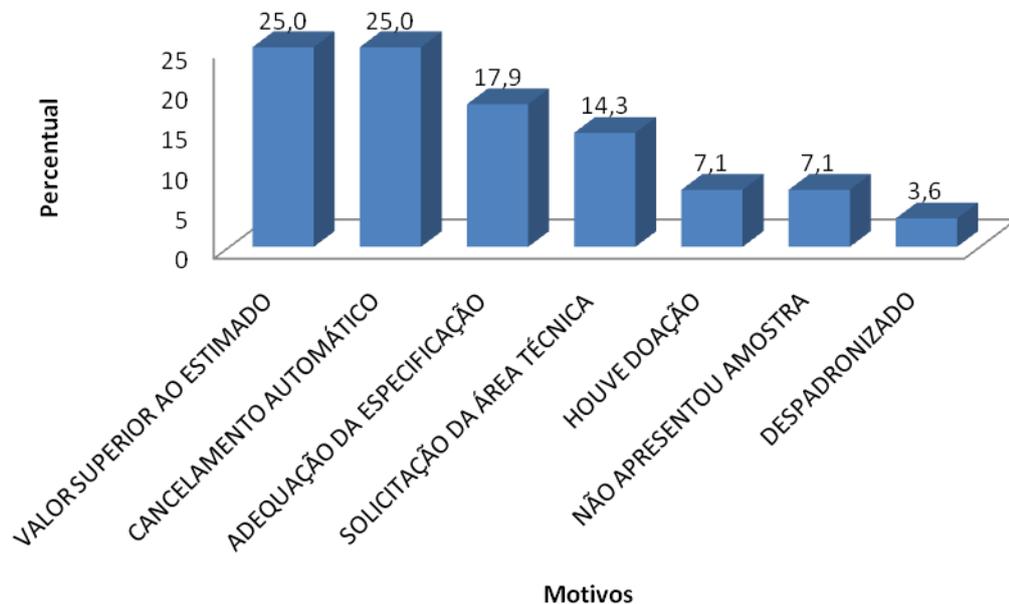
## APÊNDICE G – Pregão Eletrônico – Categoria itens cancelados

A Tabela 08 apresenta o número e o percentual de itens cancelados no pregão eletrônico. Nota-se que 14,1% dos itens foram cancelados e que 100% dos itens cancelados foram por algum motivo. No gráfico 05, discriminamos os motivos dos cancelamentos dos itens. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi o valor superior ao estimado (25,0%) para o item e cancelamento automático (25,0%).

**Tabela 08** – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico.

	Quantidade	% em relação ao total	% em relação aos itens cancelados
Total de itens	198		
Total de itens cancelados	28	14.14	100.00
Total de itens cancelados com motivo	28	14.14	100.00
Total de itens cancelados sem motivo	0	0.00	0.00

Fonte: HOSPITAL ... (2008).



**Gráfico 05** – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico 2008.  
Fonte: HOSPITAL ... (2008).

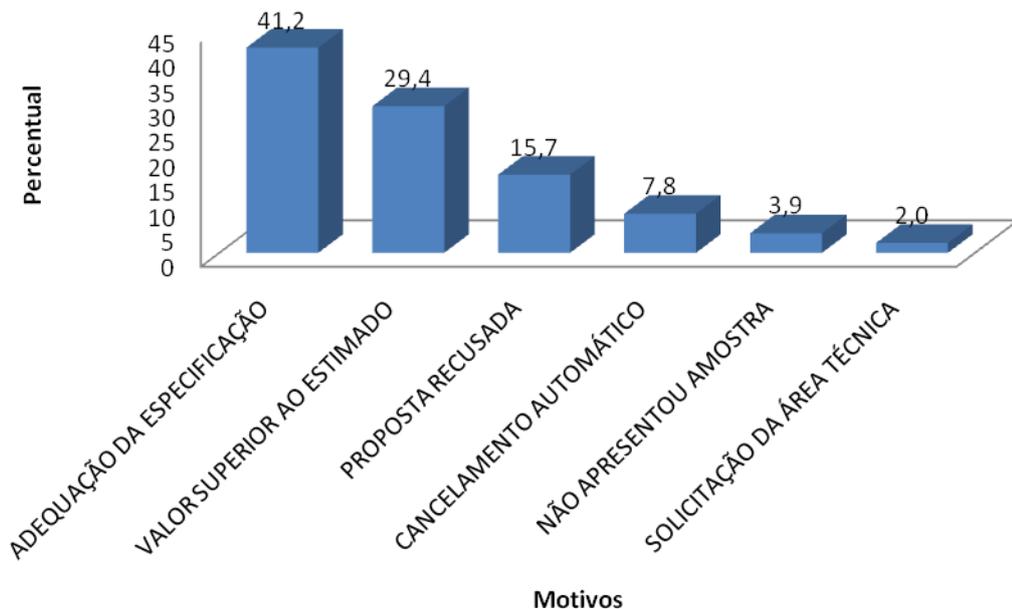
## APÊNDICE H – Pregão Eletrônico – Categoria itens cancelados

A Tabela 09 apresenta o número e o percentual de itens cancelados no preção eletrônico. Nota-se que 20,36% foram cancelados e que 75% dos itens cancelados foram por algum motivo e 25% não tiveram o motivo do cancelamento explicitado. No gráfico 06 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi devido a não adequação da especificação (41,2%), seguido de valor superior ao estimado para o item (29,4%).

**Tabela 09** – Número e percentual de itens cancelados com motivos no pregão eletrônico.

	Quantidade	% em relação ao total	% em relação aos itens cancelados
Total de itens	334		
Total de itens cancelados	68	20.36	100.00
Total de itens cancelados com motivo	51	15.27	75.00
Total de itens cancelados sem motivo	17	5.09	25.00

Fonte: HOSPITAL ... (2009)



**Gráfico 06** – Percentual de cancelamento de itens por motivos no pregão eletrônico 2009.  
Fonte: HOSPITAL ... (2009).

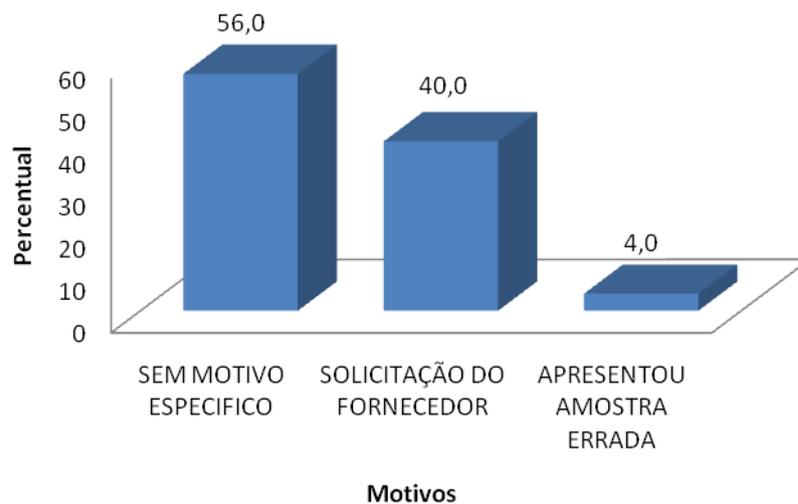
## APÊNDICE I – Pregão Eletrônico – Categoria itens cancelados

A Tabela 10 apresenta o número e o percentual de itens cancelados no preção eletrônico Y. Nota-se que 42,31% foram cancelados e que 25,25% dos itens cancelados foram por algum motivo e 74,75% não tiveram o motivo do cancelamento explicitado. No gráfico 07 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi pela causa “sem motivo específico” (56,0%), por solicitação do fornecedor 40,0% dos itens foi cancelados, e apenas 4,0% por apresentação de amostra errada.

**Tabela 10 – Número e percentual de itens cancelados com motivos no preção eletrônico.**

	Quantidade	% em relação ao total	% em relação aos itens cancelados
Total de itens	234		
Total de itens cancelados	99	42.31	100.00
Total de itens cancelados com motivo	25	10.68	25.25
Total de itens cancelados sem motivo	74	31.62	74.75

Fonte: HOSPITAL ... (2009).



**Gráfico 07 – Percentual de cancelamento de itens por motivos no preção eletrônico 2009.**

Fonte: HOSPITAL ... (2009).

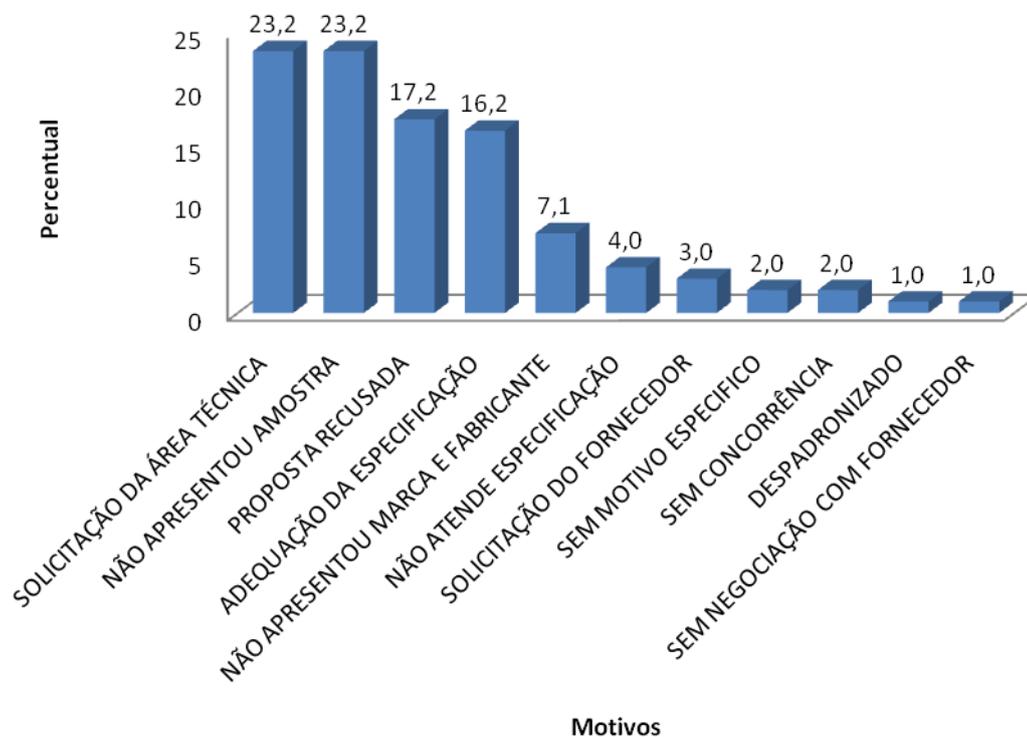
## APÊNDICE J – Pregão Eletrônico – Categoria itens cancelados

A Tabela 11 apresenta o número e o percentual de itens cancelados no preção eletrônico. Nota-se que 30,30% foram cancelados e que 99,0% dos itens cancelados foram por algum motivo e apenas 1% não teve o motivo do cancelamento explicitado. No gráfico 08 mostram-se os principais motivos dos cancelamentos dos itens. Percebe-se que a maior causa de cancelamento foi por solicitação da área técnica (23,2%), e pela não apresentação da amostra (23,2%).

**Tabela 11 – Número e percentual de itens cancelados com motivos no preção eletrônico.**

	Quantidade	% em relação ao total	% em relação aos itens cancelados
Total de itens	330		
Total de itens cancelados	100	30.30	100.00
Total de itens cancelados com motivo	99	30.00	99.00
Total de itens cancelados sem motivo	1	0.30	1.00

Fonte: HOSPITAL ... (2010).



**Gráfico 08 – Percentual de cancelamento de itens por motivos no preção eletrônico 2010.**  
Fonte: HOSPITAL ... (2010).

### APÊNDICE K – Categoria itens empenhados – Ano 2008

A Tabela 12 apresenta os códigos dos itens amostrados, a quantidade do fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada pelo fornecedor e o percentual empenhado do item no pregão eletrônico. Nota-se que o item 28051-9 foi o item com maior quantidade, correspondendo a 80,2% dos itens, e que foi empenhado em sua totalidade. Ressalta-se que vários itens foram 0% empenhados, isso acabou resultando no total de itens a empenhar que foi de 11392, correspondendo a 11,6% da quantidade total de itens.

**Tabela 12 – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico.**

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTDE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
28051-9	78800	80.2	78800	100.0	0	0.0
23081-2	240	0.2	240	100.0	0	0.0
34228-4	4	0.0	4	100.0	0	0.0
34533-9	6	0.0	6	100.0	0	0.0
35020-7	16	0.0	16	100.0	0	0.0
35077-7	576	0.6	576	100.0	0	0.0
35666-5	600	0.6	600	100.0	0	0.0
30999-1	24	0.0	24	100.0	0	0.0
27850-0	1297	1.3	1297	100.0	0	0.0
35157-9	36	0.0	36	100.0	0	0.0
28268-8	864	0.9	864	100.0	0	0.0
24613-9	40	0.0	35	87.5	5	12.5
35553-8	480	0.5	370	77.1	110	22.9
33862-0	24	0.0	18	75.0	6	25.0
28150-9	300	0.3	152	50.7	148	49.3
11981-4	48	0.0	24	50.0	24	50.0
35548-5	96	0.1	48	50.0	48	50.0
27976-2	5414	5.5	2000	36.9	3414	63.1
34691-0	18	0.0	6	33.3	12	66.7
27933-6	4383	4.5	1383	31.6	3000	68.4
27702-2	366	0.4	110	30.1	256	69.9
27957-0	600	0.6	150	25.0	450	75.0
23641-8	248	0.3	50	20.2	198	79.8
34785-4	120	0.1	15	12.5	105	87.5
27615-4	120	0.1	0	0.0	120	100.0

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTDE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
25149-7	1576	1.6	0	0.0	1576	100.0
27974-7	1152	1.2	0	0.0	1152	100.0
27722-1	324	0.3	0	0.0	324	100.0
27702-5	252	0.3	0	0.0	252	100.0
27956-4	120	0.1	0	0.0	120	100.0
27956-2	72	0.1	0	0.0	72	100.0
Total	98216	100.0	86824	88.4	11392	11.6

Fonte: HOSPITAL ... (2008).

### APÊNDICE L – Categoria itens empenhados – Ano 2009

A Tabela 13 apresenta os códigos dos itens amostrados, a quantidade do fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada pelo fornecedor e o percentual empenhado do item no pregão eletrônico. Nota-se que o item 27940-2 foi o item com maior quantidade, correspondendo a 69,8% dos itens. Ressalta-se que vários itens foram 0% empenhados, isso acabou resultando no total de itens a empenhar que foi de 274985, correspondendo a 39,4% da quantidade total de itens.

**Tabela 13 – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico.**

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
27758-7	1120	0.2	1120	100.0	0	0.0
34338-4	10	0.0	10	100.0	0	0.0
35239-0	75000	10.7	74000	98.7	1000	1.3
27872-4	2880	0.4	2130	74.0	750	26.0
27940-2	487385	69.8	320000	65.7	167385	34.3
27976-1	12000	1.7	7600	63.3	4400	36.7
30052-9	2400	0.3	1000	41.7	1400	58.3
31891-9	1200	0.2	500	41.7	700	58.3
34735-7	75	0.0	30	40.0	45	60.0
35153-1	4033	0.6	1600	39.7	2433	60.3
27982-6	78	0.0	30	38.5	48	61.5
29589-5	1800	0.3	650	36.1	1150	63.9
28030-6	67	0.0	24	35.8	43	64.2
33994-6	6	0.0	2	33.3	4	66.7
34691-0	72	0.0	22	30.6	50	69.4
32711-8	600	0.1	150	25.0	450	75.0
24493-6	5	0.0	1	20.0	4	80.0
33915-2	300	0.0	50	16.7	250	83.3
29100-9	88496	12.7	14000	15.8	74496	84.2
35919-1	360	0.1	30	8.3	330	91.7
31109-3	2164	0.3	0	0.0	2164	100.0
34338-3	192	0.0	0	0.0	192	100.0
35116-8	62	0.0	0	0.0	62	100.0
27836-1	264	0.0	0	0.0	264	100.0
27862-6	3600	0.5	0	0.0	3600	100.0
28398-7	1256	0.2	0	0.0	1256	100.0
28297-3	80	0.0	0	0.0	80	100.0

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
27857-0	748	0.1	0	0.0	748	100.0
27862-2	3662	0.5	0	0.0	3662	100.0
35109-9	30	0.0	0	0.0	30	100.0
34084-1	67	0.0	0	0.0	67	100.0
34556-0	144	0.0	0	0.0	144	100.0
33862-0	12	0.0	0	0.0	12	100.0
27870-1	96	0.0	0	0.0	96	100.0
30034-0	620	0.1	0	0.0	620	100.0
36931-4	3296	0.5	0	0.0	3296	100.0
29857-1	180	0.0	0	0.0	180	100.0
27957-9	18	0.0	0	0.0	18	100.0
34084-1	67	0.0	0	0.0	67	100.0
29950-4	6	0.0	0	0.0	6	100.0
28680-7	60	0.0	0	0.0	60	100.0
28897-5	340	0.0	0	0.0	340	100.0
28621-1	6	0.0	0	0.0	6	100.0
20829-1	300	0.0	0	0.0	300	100.0
27737-3	1011	0.1	0	0.0	1011	100.0
28681-2	48	0.0	0	0.0	48	100.0
30851-1	594	0.1	0	0.0	594	100.0
28424-9	480	0.1	0	0.0	480	100.0
28115-5	644	0.1	0	0.0	644	100.0
Total	697934	100.0	422949	60.6	274985	39.4

Fonte: HOSPITAL ... (2009).

### APÊNDICE M – Categoria itens empenhados – Ano 2009

A Tabela 14 apresenta os códigos dos itens amostrados, a quantidade do fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada pelo fornecedor e o percentual empenhado do item no pregão eletrônico. Nota-se que o item 30789-5 foi o item com maior quantidade, correspondendo a 36,9% dos itens. Ressalta-se que uma pequena quantidade de itens foi empenhada, resultando em mais itens a serem empenhados do que itens empenhados, 81,4% dos itens a empenhar.

**Tabela 14 – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico.**

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
24701-8	228	0.4	228	100.0	0	0.0
35593-4	300	0.5	300	100.0	0	0.0
29726-9	840	1.4	500	59.5	340	40.5
34842-9	60	0.1	30	50.0	30	50.0
24410-7	60	0.1	30	50.0	30	50.0
34734-9	6	0.0	2	33.3	4	66.7
28063-9	12	0.0	4	33.3	8	66.7
28121-7	400	0.7	133	33.3	267	66.8
26989-3	13065	21.9	4000	30.6	9065	69.4
27551-6	60	0.1	15	25.0	45	75.0
35503-9	24	0.0	6	25.0	18	75.0
29612-7	60	0.1	15	25.0	45	75.0
27956-1	36	0.1	9	25.0	27	75.0
34842-8	60	0.1	15	25.0	45	75.0
30789-5	22072	36.9	5000	22.7	17072	77.3
35124-0	3840	6.4	624	16.3	3216	83.8
28452-2	2688	4.5	224	8.3	2464	91.7
35124-1	5376	9.0	0	0.0	5376	100.0
36955-5	200	0.3	0	0.0	200	100.0
27701-2	30	0.1	0	0.0	30	100.0
28051-9	10130	16.9	0	0.0	10130	100.0
27702-1	240	0.4	0	0.0	240	100.0
Total	59787	100.0	11135	18.6	48652	81.4

Fonte: HOSPITAL ... (2009).

## APÊNDICE N – Categoria itens empenhados – Ano 2010

A Tabela 15 apresenta os códigos dos itens amostrados, a quantidade do fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada pelo fornecedor e o percentual empenhado do item no pregão eletrônico. Nota-se que o item 26997-8 foi o item com maior quantidade, correspondendo a 75,8% dos itens. Ressalta-se que vários itens foram 0% empenhados, e uma pequena quantidade de itens foi empenhada, resultando em mais itens a serem empenhados do que itens empenhados, 73,4% dos itens a empenhar.

**Tabela 15 – Código do item, Quantidade do fornecedor e quantidade empenhada e seus percentuais no pregão eletrônico.**

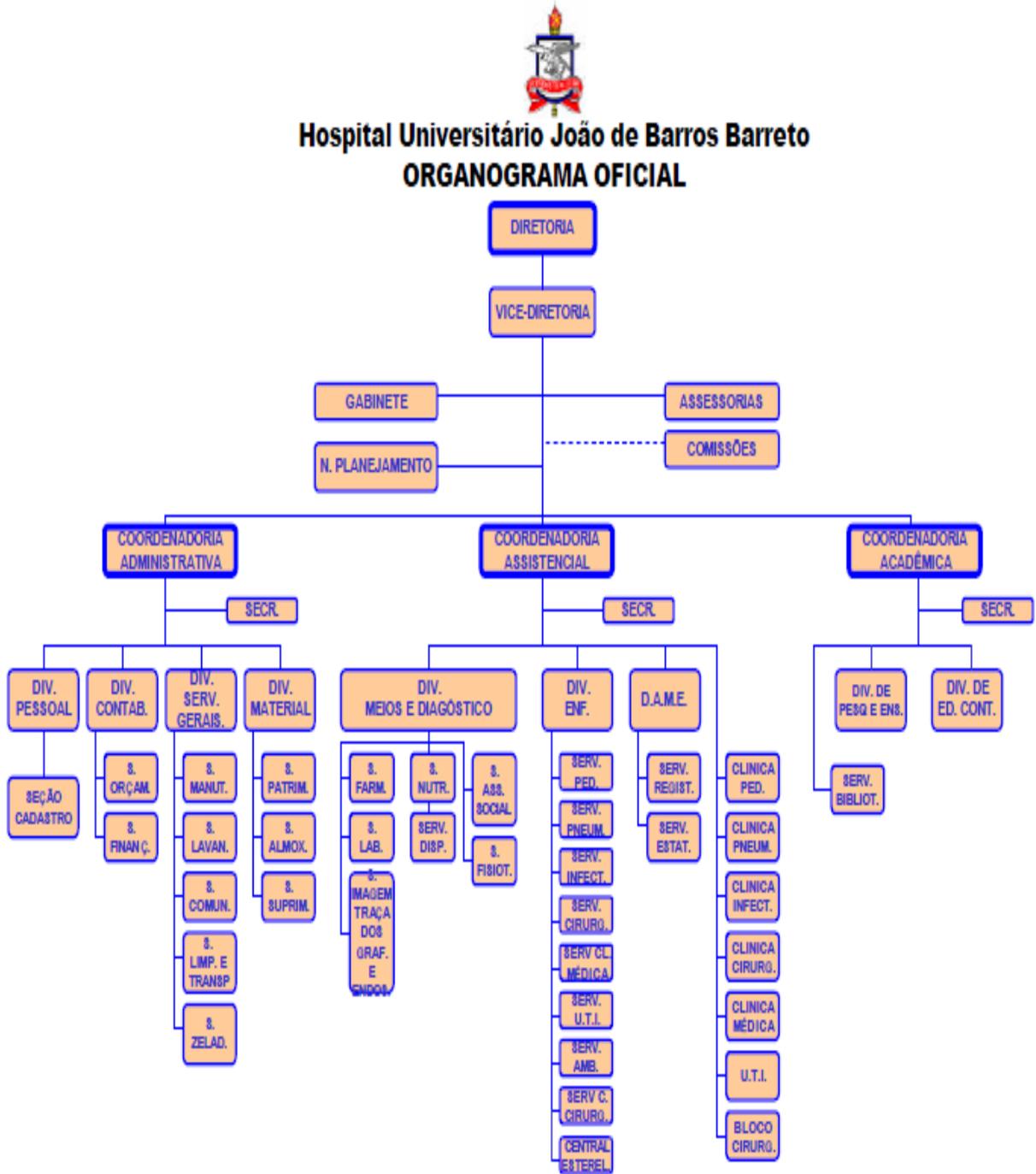
CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
27678-2	4	0.0	4	100.0	0	0.0
35148-9	28	0.0	28	100.0	0	0.0
27976-0	2304	0.6	1200	52.1	1104	47.9
27939-3	29688	7.5	15000	50.5	14688	49.5
3136-4	739	0.2	370	50.1	369	49.9
35077-7	312	0.1	156	50.0	156	50.0
29141-9	7800	2.0	3900	50.0	3900	50.0
35292-9	6	0.0	3	50.0	3	50.0
24424-3	176	0.0	85	48.3	91	51.7
26997-8	299088	75.8	75000	25.1	224088	74.9
27964-1	24	0.0	6	25.0	18	75.0
38639-3	216	0.1	54	25.0	162	75.0
36797-9	4000	1.0	1000	25.0	3000	75.0
36345-7	12	0.0	3	25.0	9	75.0
37222-9	24	0.0	6	25.0	18	75.0
26481-7	48	0.0	12	25.0	36	75.0
27959-3	20	0.0	5	25.0	15	75.0
35151-7	1000	0.3	250	25.0	750	75.0
27850-0	13253	3.4	3300	24.9	9953	75.1
34878-2	12096	3.1	3000	24.8	9096	75.2
28469-7	1260	0.3	300	23.8	960	76.2
33470-8	30	0.0	7	23.3	23	76.7
30073-6	240	0.1	30	12.5	210	87.5
27588-5	24	0.0	3	12.5	21	87.5
38488-3	14040	3.6	1000	7.1	13040	92.9
27957-9	18	0.0	0	0.0	18	100.0
28398-7	671	0.2	0	0.0	671	100.0

CÓD. DO ITEM	QTDE DO FORNECEDOR	%	QTE EMPENHADA P/ FORNECEDOR	%	QTDE A EMPENHAR	%
27702-0	188	0.0	0	0.0	188	100.0
27632-4	200	0.1	0	0.0	200	100.0
27589-7	960	0.2	0	0.0	960	100.0
34711-0	698	0.2	0	0.0	698	100.0
27737-5	2000	0.5	0	0.0	2000	100.0
34556-0	114	0.0	0	0.0	114	100.0
27758-7	720	0.2	0	0.0	720	100.0
33449-4	25	0.0	0	0.0	25	100.0
31536-7	36	0.0	0	0.0	36	100.0
34601-6	100	0.0	0	0.0	100	100.0
27963-5	1500	0.4	0	0.0	1500	100.0
28424-9	300	0.1	0	0.0	300	100.0
28150-9	200	0.1	0	0.0	200	100.0
27962-6	250	0.1	0	0.0	250	100.0
Total	394412	100.0	104722	26.6	289690	73.4

Fonte: HOSPITAL ... (2010).

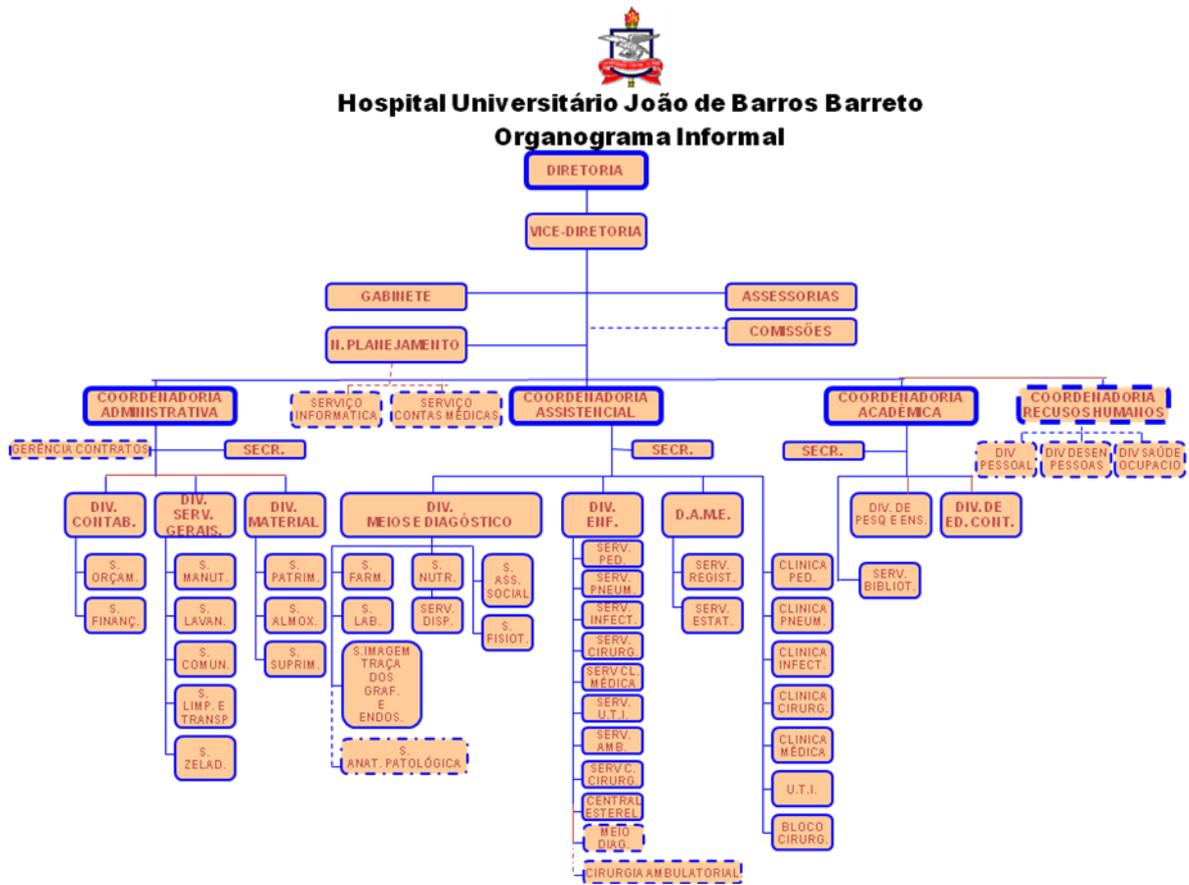
**ANEXO(S)**

**ANEXO A – Organograma oficial do HUIBB**



Fonte: HOSPITAL ... (2008).

**ANEXO B – Organograma informal do HUJBB**



Fonte: HOSPITAL ... (2008).

**ANEXO C – Organograma vigente do HUIBB**

