

**UNIVERSIDADE PAU LISTA - UNIP**

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E  
COLABORAÇÃO NA CADEIA DE SUPRIMENTOS  
HOSPITALARES: UM ESTUDO DE CASO SOBRE HOSPITAIS  
DE MÉDIO PORTE DA GRANDE SÃO PAULO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Paulista – UNIP para obtenção do Título de Doutor em Engenharia de Produção.

**ENIO FERNANDES RODRIGUES**

**SÃO PAULO**

**2012**

**UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP**

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E  
COLABORAÇÃO NA CADEIA DE SUPRIMENTOS  
HOSPITALARES: UM ESTUDO DE CASO SOBRE HOSPITAIS  
DE MÉDIO PORTE DA GRANDE SÃO PAULO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Paulista – UNIP para obtenção do Título de Doutor em Engenharia de Produção.

**Orientador:** Prof. Dr. Ivan Pérsio de Arruda Campos

**Linha de Pesquisa:** Métodos Quantitativos em Engenharia de Produção

**ENIO FERNANDES RODRIGUES**

**SÃO PAULO**

**2012**

Rodrigues, Enio Fernandes.

Avaliação do processo de integração e colaboração na cadeia de suprimentos hospitalares : um estudo de caso sobre hospitais de médio porte da grande São Paulo / Enio Fernandes Rodrigues. - 2012.

250 f. : il.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Paulista, São Paulo, 2012.

Área de Concentração: Métodos Quantitativos em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Pérsio de Arruda Campos.

**À minha esposa Marta, dedico esta tese pela amizade,  
companheirismo, estímulo e apoio em cada uma das  
etapas para conclusão deste trabalho e para minha filha  
Rebeca, minha verdadeira motivação para a vida.**

## **AGRADECIMENTOS**

Após essa nova jornada, existem muitas pessoas importantes a agradecer. Pessoas que ensinaram que o conhecimento vai muito além do aspecto técnico, mas também passa pelo lado humano e subjetivo.

Em especial ao Prof. Dr. Ivan Pérsio de Arruda Campos, pelo apoio e valiosa orientação, por diversas vezes, sendo capaz de simplificar situações extremamente complexas, além de sempre surpreender com a sua imensa compreensão e dedicação, e em muitos momentos difíceis, foi muito mais que um orientador, colocando-se como um grande amigo.

Ao grande amigo Alexandre Formigoni, que permitiu a continuidade deste trabalho e esteve ao meu lado nos momentos difíceis e motivando-me sempre.

Ao grande amigo João Gilberto, a quem tenho imensa estima, carinho e admiração pela sua força de vontade e capacidade de lutar pelos seus objetivos.

Ao Prof. Dr. Oduvaldo Vendrameto, que sempre demonstrou ter como um de seus objetivos, muito mais do que formar mestres e doutores, mas contribuir para a formação do senso crítico de seus alunos.

Aos professores que ministraram as disciplinas do curso, durante a obtenção dos créditos, em especial ao professor José Benedito Sacomano, uma pessoa a quem tenho enorme admiração e respeito.

Aos hospitais que colaboraram com a pesquisa, fornecendo informações de sua rotina e contribuindo para que essa tese pudesse ser concluída.

Aos colegas de curso, que sempre participaram das dificuldades enfrentadas no decorrer do mesmo.

Ao Sr. Francisco da Costeira Transportes, pelo apoio e motivação oferecidos nos momentos difíceis do inicio da vida acadêmica, e aos amigos Ubiratan Lizardo e Roberto Padilha por sempre acreditarem que isso era possível.

A empresa Costeira Transportes, por ser a precursora dos meus primeiros passos na carreira acadêmica, em especial ao Sr. Adolfo (*In memoriam*) e Sra. Cecília, pela compreensão e apoio tão importantes para que toda essa caminhada pudesse ser trilhada.

Agradeço sempre a Deus, por tudo de bom que tem me proporcionado nessa desafiadora caminhada chamada vida.

## RESUMO

A grande preocupação dos órgãos de gestão dos sistemas de saúde, quanto ao atendimento da população, está centrada nas questões relacionadas à capacidade dos hospitais. A dificuldade de sobrevivência das empresas em um mundo competitivo alcança o setor de saúde e já é possível observar grandes organizações sendo incorporadas por grupos maiores e mais competitivos. Diversos hospitais e administradoras de planos de saúde vêm deixando um mercado, que somente na iniciativa privada, designada como saúde suplementar, conseguem mover mais de R\$ 81,4 bilhões e 64,4 milhões de beneficiários e um lucro de R\$ 14,3 bilhões somente no ano de 2011. Apesar dos números motivadores, o sistema de saúde tem sua principal preocupação nos fins, ou seja, no atendimento ao paciente. Esta tese teve como proposta avaliar o tipo de relacionamento existente entre as empresas prestadoras de serviços de saúde, isto é, os hospitais de médio porte (51 a 150 leitos) da Grande São Paulo, e seus fornecedores. A partir de um método estruturado foram avaliadas questões relacionadas à integração e colaboração da cadeia de suprimentos hospitalar, sendo alvo dessa pesquisa aspectos como a aplicação de tecnologias de informação e comunicação no processo de compras, alinhamento estratégico, monitoramento da performance dos fornecedores, decisões de aliança e parcerias, integração interfuncional entre as empresas, além da gestão do relacionamento. O estudo conduzido compara o desempenho de hospitais de referência do mercado de saúde, procurando expor sempre o trinômio: o que se espera atingir, o que é praticado pelos hospitais de referência e aquilo que realmente está sendo feito entre os hospitais da amostra. Foi possível identificar uma grande oportunidade de aprimoramento da integração e colaboração junto à cadeia de fornecimento, minimizando custos e melhorando o desempenho das organizações com sua cadeia de fornecedores, e principalmente, podendo ser traduzido como melhoria da qualidade, nível de serviço e fidelização dos clientes.

**Palavras-chave:** Compras hospitalares. Colaboração na cadeia de suprimentos. Integração da cadeia de suprimentos. Avaliação da cadeia de suprimentos. Gestão hospitalar.

## **ABSTRACT**

The great concern of the management organisations of health systems, with regards to care of the population, is centred in the issues related to the capacity of the hospitals. The difficulty of the survival of companies in a competitive world is reaching the health sector and it is already possible to observe large organisations being absorbed by larger and more competitive groups. Various hospitals and health plan administrators are creating a market, which only in the private enterprise, intended to supplement health, manage to move more than R\$ 81.4 billion and 64.4 million beneficiaries and a profit of R\$ 14.3 billion just in 2011. Despite the motivating figures, the health system's main concern is the final purpose, in other words, the care of the patient. The purpose of this thesis is to evaluate the type of relationship which exists between the companies that provider of the health service, that is, the mid-sized hospitals (51 to 150 beds) in Greater Sao Paulo, and their suppliers. Following a structured method issues related to integration and collaboration of the supply chain pertaining to the hospitals were evaluated, the purpose of the research being those aspects such as the use of information technology and communication in the process of purchases, strategic alignment, performance monitoring of the suppliers, alliance and partnership decisions, inter-functional integration between companies, as well as the relationship management. The study carried out compares the performance of hospitals which are considered a benchmark in the health market, always ensuring to exhibit a trinomial: what is expected to achieve, what is practiced by the benchmark hospitals and that which really is being carried out among the hospitals of the sample. It was possible to identify a great opportunity for refinement of integration and collaboration along with the supply chain, minimising costs and improving the performance of the organisations with their supply chains, and mainly, being able to translate as an improvement in the quality, level of service and loyalty of the clients.

**Key words:** Hospital related purchases. Collaboration in the supply chain. Integration in the supply chain. Evaluation of the supply chain. Hospital Management.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **FIGURAS**

<b>Figura 1- Mapa de relacionamento de um hospital .....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 2 - Conceito de Logística Empresarial.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 3 - Primeira fase da logística - Atuação segmentada .....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 4 - Segunda fase da logística – Integração rígida.....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 5 - Terceira fase da logística – Integração flexível.....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 6 - Quarta fase da logística – Integração estratégica .....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 7 - As quatro fases da logística.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 8 - Atividades da Logística.....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 9 - Estrutura da rede de uma cadeia de suprimentos.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 10 - Perspectivas sobre SCM versus Logística .....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 11 - Os seis níveis de excelência da cadeia de abastecimento .....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 12 - Principais atividades colaborativas.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 13- Elementos culturais da colaboração no SCM .....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 14 - Resultados e consequências da colaboração na cadeia de suprimentos ....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 15- Cadeia de suprimentos de um hospital.....</b>	<b>61</b>
<b>Figura 16 - Fluxo físico de materiais em hospitais.....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 17 - Administração de materiais: famílias de atividades.....</b>	<b>67</b>
<b>Figura 12: Figura 18- Classificação geral dos hospitais no Brasil.....</b>	<b>84</b>
<b>Figura 19 - Total de hospitais no Brasil .....</b>	<b>85</b>
<b>Figura 20 - Leitos de hospitais disponíveis no Brasil .....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 21 - Tipos de leitos disponíveis no Brasil .....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 22- Mapa da taxa de cobertura por planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil – set/2011).....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 23- Distribuição percentual dos planos privados de assistência médica por tipo de contratação .....</b>	<b>92</b>

<b>Figura 24 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2010) .....</b>	<b>93</b>
<b>Figura 25 - Planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2010) ....</b>	<b>93</b>
<b>Figura 26 - O Metamercado hospitalar brasileiro .....</b>	<b>95</b>
<b>Figura 27 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e tipo de atendimento .....</b>	<b>96</b>
<b>Figura 28: Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares .....</b>	<b>98</b>
<b>Figura 29 - Aspectos relacionados à Saúde no mundo .....</b>	<b>103</b>
<b>Figura 30 - Perdas no Mundo devido a desigualdade (IDH).....</b>	<b>104</b>
<b>Figura 31 - Freqüência de atendimentos na área de Saúde.....</b>	<b>105</b>
<b>Figura 32 - Diagrama representativo da estrutura da TESE .....</b>	<b>107</b>
<b>Figura 33 - Comparativo entre verbas definidas e liberadas na Saúde do Brasil .....</b>	<b>109</b>
<b>Figura 34- Comparativo entre verbas definidas e liberadas na Saúde do Brasil .....</b>	<b>111</b>
<b>Figura 35 - Variáveis de integração e colaboração na cadeia de suprimentos .....</b>	<b>115</b>
<b>Figura 36 - Comprovante da aprovação pelo comitê de ética .....</b>	<b>116</b>

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **TABELAS**

<b>Tabela 1: Formação e tempo de atuação dos profissionais de gestão em farmácia hospitalar .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 2: Métodos de previsão aplicados a farmácia hospitalar .....</b>	<b>23</b>
<b>Tabela 3 - Utilização da gestão da cadeia de suprimentos.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 4 - Conceitos sobre integração da cadeia de suprimentos .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 5 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 6 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 7 - Caracterização das principais variáveis e fatores relacionados à integração e colaboração.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabela 8 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabela 9- Regras práticas para compartilhamento de informações em processos de colaboração .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabela 10 - Agrupamento das variáveis e fatores de integração na cadeia de suprimentos .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 11- Distribuição das despesas hospitalares.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 12 - Componentes de classificação do porte do hospital.....</b>	<b>86</b>
<b>Tabela 13 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2011) .....</b>	<b>90</b>
<b>Tabela 14 - Resumo das Operadoras registradas na ANS.....</b>	<b>90</b>
<b>Tabela 15 - Estabelecimentos de saúde que atendem planos privados de saúde, por tipo, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação.....</b>	<b>97</b>
<b>Tabela 16 - Receita de contraprestação de serviços – Saúde Privada .....</b>	<b>98</b>
<b>Tabela 17 - Participação nas importações – bens e serviços de saúde .....</b>	<b>99</b>
<b>Tabela 18 - Número de profissionais de saúde (médicos) por habitante .....</b>	<b>100</b>
<b>Tabela 19 - Número de profissionais de saúde (médicos) por unidade da federação..</b>	<b>100</b>
<b>Tabela 20 - Gastos com saúde – Participação no PIB (Produto Interno Bruto).....</b>	<b>101</b>

<b>Tabela 21 - Gastos com saúde – per capita .....</b>	<b>101</b>
<b>Tabela 22 - Gastos com saúde – per capita .....</b>	<b>101</b>
<b>Tabela 23- Comparativo de estabelecimentos públicos e privados no Brasil.....</b>	<b>110</b>
<b>Tabela 24- Distribuição dos hospitais privados brasileiros por número de leitos.....</b>	<b>112</b>
<b>Tabela 25 - Distribuição dos hospitais privados brasileiros por número de leitos.....</b>	<b>113</b>

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2.0 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA</b>	19
<b>3.0 OBJETIVOS DA PESQUISA</b>	26
<b>4.0 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	27
<b>4.1 LOGÍSTICA</b>	27
<b>4.1.1 HISTÓRICO DA LOGÍSTICA</b>	30
<b>4.1.2 ATUAÇÃO E ASPECTOS COMPETITIVOS DA LOGÍSTICA</b>	35
<b>4.2 CADEIA DE SUPRIMENTOS</b>	38
<b>4.2.1 DIMENSÕES E VISÕES DA CADEIA DE SUPRIMENTOS</b>	40
<b>4.2.2 MEDINDO A UTILIZAÇÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS</b>	44
<b>4.2.3 INTEGRAÇÃO E COLABORAÇÃO NA CADEIA DE SUPRIMENTOS</b>	49
<b>4.2.4 A LOGÍSTICA E A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS NOS HOSPITAIS</b>	61
<b>4.3 O MERCADO E SAÚDE NO BRASIL</b>	70
<b>4.3.1 GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE</b>	70
<b>4.3.2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b>	71
<b>4.3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b>	73
<b>4.3.4 MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	75
<b>4.3.5 AUTARQUIAS</b>	76
<b>4.4 EMPRESA PÚBLICA</b>	77
<b>4.4.1 FUNDAÇÕES PÚBLICAS</b>	77
<b>4.4.2 INSTITUTOS</b>	78
<b>4.4.3 ÓRGÃOS COLEGIADOS</b>	79
<b>4.5 A ATIVIDADE HOSPITALAR NO BRASIL</b>	80
<b>4.6 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS – COMPLEXIDADE E NÚMERO DE LEITOS</b>	85
<b>4.7 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL</b>	89
<b>5.0 A NATUREZA, MÉTODOS, DELIMITAÇÃO E ABORDAGEM DO PROBLEMA</b>	102

<b>5.1 MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA</b>	<b>102</b>
<b>5.2 ÁREA DE INTERESSE</b>	<b>102</b>
<b>5.3 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>106</b>
<b>5.4 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>106</b>
<b>5.5 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO</b>	<b>108</b>
<b>5.6 LOCAL E INSTIUIÇÕES DE SAÚDE PARA O ESTUDO</b>	<b>108</b>
<b>5.7 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA</b>	<b>114</b>
<b>5.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO</b>	<b>114</b>
<b>5.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA COLETA DE DADOS</b>	<b>115</b>
<b>5.10 MÉTODO E INSTRUMENTO DA PESQUISA</b>	<b>116</b>
<b>5.11 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS</b>	<b>122</b>
<b>5.12 LIMITAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>123</b>
<b>6.0 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES DA PESQUISA</b>	<b>124</b>
<b>7.0 CONCLUSÕES</b>	<b>220</b>
<b>8.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>224</b>
<b>9.0 ANEXOS</b>	<b>234</b>
<b>Anexo 1 – Formulário de Pesquisa</b>	<b>234</b>
<b>Anexo 2 – Lei 2224 –Classificação de Hospitais</b>	<b>248</b>

## 1.0 INTRODUÇÃO

O cenário competitivo em que estão inseridas as organizações empresariais obriga o mercado a procurar recursos para ampliar a competitividade e permitir a melhoria dos processos, focando o retorno sobre o capital investido, o aprimoramento do nível de serviço oferecido e a sobrevivência da empresa frente ao seu contexto concorrencial.

A busca incessante por novos mecanismos produtivos, técnicas que permitam construir vantagens competitivas de ordem operacional e/ou estratégica, consequência da intensificação da concorrência em um mercado de atuação de ordem global e da escassez de recursos para investimento, exige que as empresas permaneçam atentas para as novas oportunidades de negócios e melhoria de desempenho dos processos vigentes, visando à diversificação e ampliação de sua competência quanto aos produtos e serviços oferecidos.

Aspectos operacionais voltados à melhoria de desempenho, representando novas técnicas e ferramentas de trabalho, tratados anteriormente com predominância no âmbito da manufatura, ganham representatividade junto às empresas de atividade não manufatureira, principalmente na indústria de prestação de serviços, pois o acirramento da concorrência, as questões relacionadas à gestão dos custos e a constante preocupação com a eficiência podem comprometer os ganhos e limitar o nível de serviço prestado.

Esse cenário de aprimoramento permite que os competidores melhorem sua participação e desenvolvam condições para ampliar seu mercado de atuação e minimizar as despesas da empresa.

A gestão e o planejamento dos processos organizacionais configuram-se como um dos principais mecanismos para o aprimoramento dos resultados das organizações prestadoras de serviços, de forma que não seja restrito à empresa uma visão de ordem estruturalista e departamental no desenvolvimento de suas atividades, mas a elaboração de condições que permitam o mapeamento das atividades e a busca contínua da melhoria dos processos organizacionais.

As atividades de serviço podem obter ganhos significativos através da aplicação de modelos de gestão, voltados a concepções modernas, construindo

elementos que possibilitem para a empresa prestadora, desenvolver produtos com um custo reduzido, com uma maior participação em seus mercados.

O ganho de qualidade no âmbito sistêmico dos processos pode ser tratado como um exemplo na busca da agregação de valor pela integração dos atores de uma cadeia produtiva, proporcionando vantagens e constituindo o diferencial competitivo necessário para a manutenção da empresa em seu mercado de atuação.

O significado desse segmento é ressaltado por DRUCKER (2002), afirmando:

"As entidades públicas de prestação de serviço, os órgãos governamentais e os hospitais, as escolas e as universidades, as forças armadas e as associações profissionais, cresceram neste século com velocidade muito maior do que as empresas. Elas compõem o setor que mais cresce na sociedade moderna. Igualmente, no interior da empresa o desenvolvimento das equipes que prestam serviços tem sido muito maior que o das unidades organizacionais". (DRUCKER, 2002)

Os ganhos esperados para essas organizações, para serem atingidos, terão que passar pelo aprimoramento dos fluxos, principalmente na gestão das informações decorrentes dos processos organizacionais. Um estudo efetivo da sistemática e o aproveitamento das informações são fundamentais para a melhoria das atividades, permitindo a aplicação de ferramentas envolvendo os aspectos logísticos, e visando a construção de ganhos efetivos e sustentáveis para a empresa, além dos benefícios esperados pelo cliente.

Conforme DAFT (2002), "uma das maiores mudanças que estão ocorrendo na tecnologia das organizações é o crescimento do setor de serviços. A porcentagem de força de trabalho empregada no setor fabril continua a declinar nos Estados Unidos, mas também no Canadá, Alemanha, França. Nos Estados Unidos os serviços agora geram 74% do Produto interno Bruto, e são responsáveis por 79% de todos os empregos".

O uso de tecnologias de informação que venham ao encontro da necessidade dos processos e agreguem valor aos sistemas operacionais das empresas sempre será utilizado, porque está na tecnologia a possibilidade da formação de vantagens competitivas ligadas à produtividade ao aprimoramento da confiabilidade dos processos organizacionais.

O uso da tecnologia sempre estará à frente dos sistemas organizacionais, e através dela serão reconfigurados para as regras do negócio vigente no ambiente concorrencial da empresa.

A importância da tecnologia de informação para as organizações é ressaltada por PORTER (2004, pág. 96):

"A transformação tecnológica é um dos principais condutores da concorrência. Ela desempenha um papel importante na mudança estrutural da indústria, bem como na criação de novas indústrias. Ela é também um grande equalizador, acabando com a vantagem competitiva até mesmo de empresas bem fortificadas e instigando outra para a dianteira. Um grande número das grandes empresas de hoje, surgiu de transformações tecnológicas capazes de explorar. De todas as coisas que podem modificar as regras da concorrência, a transformação tecnológica figura entre as mais proeminentes."

Esse cenário pode reduzir o comprometimento de capital de giro e proporcionar a melhoria no desempenho e do nível de serviço oferecido pela organização, minimizando os aspectos de obsolescência de produtos, uso racional do espaço físico e apoio à gestão organizacional.

A gestão dos processos empresariais tem grande significado na concepção das atividades resultantes de uma empresa, de forma que a sistemática adotada na gestão de seus relacionamentos e a integração das atividades dentro do ciclo de produção constituem uma ferramenta de ampliação das vantagens competitivas oferecidas por uma companhia.

A partir da ampliação do contexto competitivo das organizações para novos mercados de atuação de ordem global, fruto da busca de novos horizontes e da integração de novas fronteiras de consumo, as companhias têm encontrado no processo logístico o ferramental necessário para a manutenção da competitividade, no aspecto relacionado aos seus insumos produtivos, realizando a ligação com as fontes de fornecimento a custos competitivos.

Essa nova forma de relacionamento com os mercados de abastecimento e consumo, caracterizado como cadeia de suprimentos e distribuição, permite inserir a competência esperada pelo cliente, refletindo-se em custos mais atrativos para produtos e serviços.

Um preço mais competitivo pode se refletir em mais um atrativo para o mercado, ou margens de lucro mais significativas, de forma que a satisfação dos elementos envolvidos na cadeia produtiva acaba tornando-se um fator positivo.

As empresas prestadoras de serviço hospitalar têm forte representatividade na economia nacional. Os gastos com saúde no Brasil representam uma participação no PIB (Produto Interno Bruto) de 8,4%, sendo 3,9 vindos da esfera pública (união, estados e municípios) e o restante oriundo da iniciativa privada. (IBGE, 2008)

Além do aspecto econômico, essas empresas são importantes para a melhoria da qualidade de vida da população, pois um sistema de saúde competente permite a maximização dos investimentos e o pleno atendimento às demandas de saúde de uma sociedade.

Para as grandes organizações, pode representar uma matriz de custo compatível com o nível de serviço oferecido, permitindo conquistar mais usuários e garantir o crescimento da empresa.

Para o sistema público e gratuito, a competência pode oferecer acesso para aqueles que mais precisam e representam a parcela menos favorecida da sociedade, desprovida de recursos financeiros, e permitindo a universalização do atendimento de saúde.

Os ganhos compreendidos na gestão da cadeia de suprimentos, aliados a importância dos sistemas de saúde, representam para o mercado consumidor uma vantagem no serviço recebido, tanto nas empresas públicas como privadas, e desenvolvendo condições mais competitivas, transformando em ganhos para a sociedade, representada pelos usuários do sistema de saúde.

## 2.0 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

As organizações têm procurado desenvolver ferramentas com o objetivo de aprimorar seus processos e o grau de competitividade. As empresas prestadoras de serviços de saúde, com foco nos hospitais, enfrentam aspectos concorrenenciais severos, em um ambiente normatizado e uma forte demanda pela qualidade dos serviços prestados, embora apresentem dificuldades em adaptar-se a um novo perfil do mercado, de característica volátil e exigindo uma forte predisposição para a adaptabilidade.

"Historicamente, a área de saúde vem evidenciando sua incapacidade em solucionar os problemas para atender as necessidades da população. O desafio da saúde no Brasil tem o tamanho de sua dívida social; enquanto a medicina se superou com inúmeras descobertas científicas, novos equipamentos e novas tecnologias, os altos custos aí empregados inibem o acesso da maior parte da população aos benefícios dessa medicina avançada." (Borba e Oliva, 2004).

Para Allevato (2007, pág. 17):

"Um dos desafios na gestão hospitalar é gerenciar uma cadeia de processos complexa, que movimenta uma extensa rede de produtos e serviços, inserida em um contexto competitivo, tornando-a viável e interessante para os *stakeholders*. Enfim, o desafio está em ver a saúde como um negócio, respeitando as regulamentações do setor, perseguindo uma relação custo/benefício favorável nas decisões de investimento e criando valor, de modo a garantir qualidade que preferencialmente supere as expectativas para o setor, e que possam ser reconhecidas pelo mercado."

Para Pontes et al. (2008), o desafio do administrador hospitalar é gerenciar essa complexidade, reduzindo seus custos e tornando-a viável para os usuários, acionistas e fornecedores.

Como na maioria das operações de serviço, a gestão hospitalar também é composta de segmentações na construção de sua atividade. Diversos processos intraorganizacionais e interorganizacionais são integrados, a fim de constituir o processo principal da empresa, gerador do atendimento ao paciente que demanda por serviços de saúde.

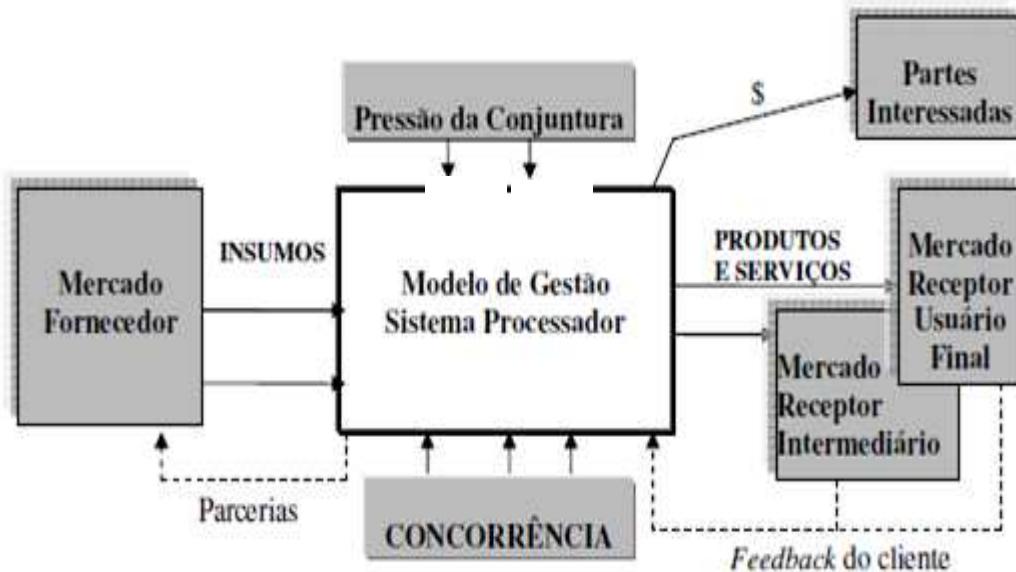


Figura 1- Mapa de relacionamento de um hospital  
Fonte: Adaptado de Allevato (2007, pág. 23)

Não é fácil administrar uma unidade de saúde como um hospital, pois existem várias empresas funcionando em um hospital: o laboratório, a radiologia, a cardiologia, entre outros serviços, são negócios administrados separadamente, mas interdependentes. (Allevato, 2007)

Os processos organizacionais dentro dos hospitais são complexos, exigindo uma base de planejamento bem estruturada. Essa complexidade estende-se também à gestão dos estoques e planejamento das demandas.

Para Bittar (2004), poucos processos industriais são tão complicados quanto o hospital que, além de complexo, comporta um alto risco inerente à atividade. Esse conjunto de fatores impõe aos gestores medições constantes e variadas, o que leva à introdução de indicadores para as diversas áreas.

De acordo com Pontes (2008) corroborando com Bittar, o setor hospitalar é uma das atividades de maior complexidade operacional. Ao concentrar recursos humanos capacitados, tecnologia de última geração, processos diversificados e grande variedade de itens de consumo, essa instituição necessita de uma gestão extremamente eficiente.

Uma pesquisa realizada com quinze hospitais na Grande São Paulo, demonstrou que a especialização de mão de obra não corresponde diretamente à necessidade da área, pois o setor de farmácia hospitalar tem dificuldades quanto a gestão de estoques, e esse problema é melhor compreendido a seguir:

Tabela 1: Formação e tempo de atuação dos profissionais de gestão em farmácia hospitalar

Superior em farmácia (concluído)	53%
Técnico em almoxarifado	13%
Superior em farmácia (cursando)	13%
Superior em contabilidade	07%
Tecnólogo em logística (cursando)	13%
 Hospitais	 01 02 03 04 05 06 07 05 09 10 11 12 13 14 15
Tempo em farmácia Hospitalar (anos)	10 16 09 02 06 05 1,5 04 05 04 10 03 05 09 02
Trabalha com estoques (anos)	10 16 10 02 02 05 1,5 04 07 04 10 02 05 09 02

Fonte: Elaborado pelo autor

Embora não tenha sido manifestado na pesquisa, os profissionais que estão cursando farmácia e os demais profissionais devem ser supervisionados por um farmacêutico com curso superior, pois a lei exige tal condição, e sua função é, entre outras, realizar a gestão de estoque de medicamentos e correlatos.

Nesse ponto parece haver alguma incongruência entre resultados apresentados até aqui, de acordo com a grade curricular dos cursos de farmácia, que não enfatiza a gestão (quanto aos aspectos e modelos de previsão) da farmácia e, especificamente dos estoques de produtos, aparecendo apenas de forma pontual, merecendo ser enfatizado quanto aos custos que representam e o papel que têm dentro da prestação do serviço.

O presente estudo não se limitou a levantar apenas o grau de formação profissional dos responsáveis pela farmácia hospitalar, foi também realizado um levantamento da experiência dos pesquisados tanto com o tema farmácia hospitalar como na gestão de estoques, e a grande maioria dos entrevistados apresenta sua experiência com estoques, concomitante com a vivência na farmácia hospitalar. Esse levantamento do tempo de experiência dos profissionais aliado ao seu grau de instrução possibilita analisar de uma maneira mais clara os dados das próximas sessões, pois o conhecimento técnico teórico se aprimora com a experiência durante o desenvolvimento da função.

Em função da sua complexidade operacional, o hospital exige dos setores de suprimento um total controle sobre seus processos uma vez que seu desempenho

impacta diretamente no resultado técnico e financeiro da instituição. Num ambiente cada vez mais competitivo, com custos ascendentes e sob a pressão dos planos de saúde por redução nas contas hospitalares, a gestão se torna cada vez mais estratégica. (Pontes et al., 2008)

A competitividade do setor de saúde também vem se acirrando, exigindo que os hospitais se adaptem a um novo cenário, e quando não conseguem, fechem suas portas, comprometendo não somente os empregos ou tributos por eles anteriormente gerados, mas também gerando impacto social, ao passar a ser mais uma fonte faltante de atendimento à população.

Quanto aos hospitais privados, segundo Pontes et al. (2008, pág 4):

“[...] inúmeras organizações privadas encerraram suas atividades e o setor público não atende satisfatoriamente a população. A relação entre os hospitais e as operadoras de saúde vem sendo objeto de inúmeras discussões. Os primeiros alegam que a inflação do setor tem sido superior à média dos índices de inflação. Os demais afirmam que a agência reguladora somente autoriza cobranças abaixo da variação registrada nestes índices.”

Os hospitais, tal como outras empresas, apresentam problemas de ordem operacional, comprometendo suas atividades. Esse cenário parte desde as operações de atendimento, fluxo informacional até a gestão estratégica da organização.

Para Allevato (2007, pág. 26-27), a gestão amadora dos hospitais, que habitualmente acumula perdas por retrabalho, desperdício e roubo, viu-se em apuros para enfrentar o movimento organizado das operadoras, mais preparadas para a regulamentação. As operadoras não assumem mais o risco da má administração dos hospitais e instituem auditorias para verificar a autenticidade dos serviços faturados, questionando a conduta médica e/ou exercendo poder de glosa.

Um exemplo disso pode ser observado em uma pesquisa com os mesmos quinze hospitais, quanto ao domínio sobre as técnicas e modelos de previsão utilizados na gestão da farmácia hospitalar, e os resultados obtidos são apresentados a seguir:

Tabela 2: Métodos de previsão aplicados a farmácia hospitalar

Métodos	Hospitais														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Média Móvel	-	X	-	X	X	-	X	-	X	-	X	X	X	X	-
Média Ponderada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suavização Exponencial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mínimos Quadrados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: elaborado pelo autor

O mecanismo de previsão de demanda aplicado pelos hospitais é o modelo da média móvel, sendo que seis dos entrevistados informaram desconhecer o modelo aplicado em decorrência de ser consequência de procedimentos definidos pelo sistema informatizado da empresa.

Independentemente do tipo de gestão, as organizações hospitalares precisam obter resultados financeiros que garantam a sua sustentabilidade, além da satisfação de seus usuários.

Nos Estados Unidos, o custo dos medicamentos/leito ocupado/ano subiu de US\$6,744 em 1989 para US\$9,850 em 1992, US\$13,350 em 1995 e US\$21,677 em 1998; isso representa 221% de aumento, ou 25% de aumento/ano em um período de 9 anos. (ANGARAN, 1999)

No Brasil, os hospitais têm 25% do seu lucro decorrente de procedimentos, taxas de sala e alugueis, com 25% de rendas de aplicações financeiras e 50% da venda de materiais (medicamentos e material hospitalar). (Machline, 2006)

A administração da logística hospitalar atende simultaneamente a requisitos financeiros e operacionais, exigindo uma abordagem estratégica e operacional que possa abranger toda a cadeia de suprimentos levando a resultados globais e não setoriais. (BARBIERI, 2006)

Apesar de não se conceber que a falta de materiais seja um fato aceitável para uma organização de atividade hospitalar, LOURENÇO e CASTILHO (2006) afirmam que:

“Durante o desempenho das atividades profissionais nas instituições hospitalares, principalmente, nas públicas, os enfermeiros deparam-se

frequêntemente, com problemas de falta de material de consumo nas unidades do hospital.

Muitas vezes, na tentativa de minimizar esse problema, ocorrem empréstimos de materiais entre as unidades hospitalares. No entanto, nem sempre isso é possível, porque há falta de material em todas as unidades, devido ao déficit no estoque do almoxarifado central.

A falta de um material de consumo nas unidades hospitalares, além de causar estresse na equipe multiprofissional, leva à descontinuidade da assistência prestada e consequentemente, danos ao paciente.”

Os problemas relacionados à gestão da cadeia hospitalar são muitos, entre eles está o grau de integração e relacionamento com a cadeia de fornecimento. De acordo com Kumar, A., Ozdamar, L., and Ng, C. P (2005, pág. 158):

Em função das conhecidas ineficiências das cadeias de suprimento no setor hospitalar, seu desempenho poderia ser melhorado a partir da aplicação de boas práticas já consolidadas em cadeias de suprimento de outros setores, mas ressalta que se faz necessário o desenvolvimento de sistemas de mensuração de desempenho compatíveis com este setor.

Em estudo realizado por Rodrigues et al. (2010), as razões que levam um hospital a realizar suas compras de insumos são: 27% por programação, 11% decorrentes de contratos de longo período, 35% oriundas de reposição contínua, 23% emergenciais e 4% outros. A pesquisa ainda aponta que 33% das compras foram realizadas pelo baixo nível dos estoques e 13% pela total indisponibilidade do produto. Ao serem questionadas sobre a frequência das compras de emergência, 64% das empresas afirmaram corresponder a 20% dos pedidos de compra realizados, 27% desconheciam a representatividade e 9% não responderam.

Na visão de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), duas circunstâncias permeiam o setor de saúde: os recursos econômicos a ele destinados tornam-se mais escassos com o tempo e a capacidade de atendimento encontra-se abaixo das demandas de doentes.

Dessa forma, as questões ligadas ao suprimento de recursos são uma grande fragilidade das empresas que atuam no campo hospitalar.

A gestão de suprimentos se apresenta como estratégica nesse cenário, pois o setor é um dos maiores centros de custos dessas instituições. (Pontes et al., 2008)

Para Allevato (2007, pág. 25), no universo de fornecimento para o setor da saúde constam mais de 50.000 itens e os materiais técnicos são mais de 500 tipos

diferentes. Um dado relevante é a aquisição e distribuição de insumos médicos, desde materiais técnicos e medicamentos até sofisticados aparelhos tecnológicos que representam 41% de todos os custos anuais dos hospitais e movimentam uma economia crescente.

Para esclarecer mais elementos relacionados ao problema, segundo Ribeiro (2005):

“Também devemos estabelecer com os fornecedores de materiais e prestadores de serviços estratégias de relacionamentos cooperativos, promovendo alianças para obtenção máxima de resultados mútuos. É missão difícil, pois o gestor de suprimentos tem como atribuição principal adquirir pelo melhor preço possível, atendendo os interesses da instituição, prática que não propicia uma parceria de longa duração.”

Complementando a caracterização do problema:

Aplicar programas de avaliação e qualificação de fornecedores é uma importante ferramenta, pois permite conhecimento das expectativas de cada um, revendo suas estratégias de negócios. Há sinergia entre cliente e fornecedor, estabelecendo confiança nos dados coletados, ocasionando melhor previsão de demanda, menores estoques e diminuição de rupturas de abastecimentos e, consequentemente, redução de custos administrativos. Porém não devemos esquecer que a confiança é o lastro do negócio, difícil de conquistar, porém, mais difícil ainda de manter.(Ribeiro, 2005)

Conforme pesquisa realizada por Razzolini e Rodriguez (2004), 61,4% das fontes de fornecimento são avaliadas em decorrência do histórico de relacionamento e apenas 1,28% passaram por instrumentos formais de avaliação de desempenho.

Na saúde, ainda há muita resistência em adotar estratégias que envolvam parcerias e compartilhamentos, embora a nova educação hospitalar tenha um forte componente empresarial, com adesão crescente de hospitais que investem em gestão, para superar as adversidades conjunturais e as ameaças do mercado (Allevato 2007).

Com base nos elementos apresentados nesta seção, são identificados argumentos explorados através da tese, e os aspectos competitivos dos hospitais quanto ao grau de integração e colaboração junto a sua cadeia de suprimentos.

### **3.0 OBJETIVOS DA PESQUISA**

Esta pesquisa procura compreender os tipos de relacionamento existentes entre os hospitais e sua cadeia de abastecimento. A análise tem como base os preceitos logísticos encontrados nas empresas privadas e os ganhos obtidos com a sua aplicação frente aos processos organizacionais.

O objetivo geral abordado na tese é o mapeamento dos relacionamentos das organizações prestadoras de serviços de Saúde, focando-se nos hospitais, caracterizando o grau integração (processos interorganizacionais) e a colaboração (alinhamento estratégico) em busca do aprimoramento competitivo da cadeia produtiva.

Uma vez caracterizado o objetivo geral do estudo, remete-se aos objetivos específicos que podem ser atingidos com o resultado da pesquisa em questão, sendo eles:

- Conhecer as tecnologias aplicadas na integração do processo de gestão de compras praticado pelas empresas de Saúde;
- Identificar a presença de investimentos realizados em função do alinhamento estratégico da cadeia de suprimentos de insumos hospitalares;
- Avaliar a participação física dos fornecedores na gestão de processos na planta do cliente;
- Identificar a participação dos membros da cadeia de fornecimento de insumos hospitalares na definição e implementação de objetivos estratégicos por parte da empresa compradora;
- Levantar a aplicação de indicadores de desempenho pelos compradores de insumos junto à cadeia de fornecimento;
- Conhecer os elementos que motivam e os tipos de aliança formadas pelos compradores e a cadeia de fornecimento hospitalar;
- Propor melhorias no relacionamento das empresas hospitalares junto a sua cadeia de abastecimento.

## 4.0 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 LOGÍSTICA

O significado da logística como ferramenta para alavancar determinadas condições competitivas existentes nas organizações tem mostrado bons resultados e desenvolvido uma grande aceitação no universo empresarial.

A logística vem apresentando crescimento à medida que mais organizações têm obtido melhorias de desempenho com o seu emprego e consequentemente transferindo ganhos ao longo da cadeia produtiva dos segmentos operacionais e estratégicos.

Segundo Arbache et al. (2006, pág. 53)

"Com o amadurecimento dos mercados consumidores em países desenvolvidos e o surgimento dos clientes sensíveis ao serviço e não apenas ao preço, que optam disponibilidade do produto na prateleira antes de se preocupar com a marca (*commodities*), a logística passou a ser enxergada como uma arma estratégica na criação de valor, por permitir que produtos antes sem diferenciação pudessem destacar-se pelo serviço logístico."

O processo logístico está presente desde as operações de controle, planejamento, aquisição, suprimentos, distribuição interna e externa, até a gestão do fluxo informational dos processos, além de buscar ganhos de forma colaborativa junto aos envolvidos.

Observando o conceito apresentado a seguir pelo *Council of Logistics Management* (CLM, 2006) é possível compreender essa abrangência:

"É o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo eficiente e economicamente eficaz de matéria-prima, estoque em processo, produto acabado e informações relativas desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o propósito de atender as exigências dos clientes".

Essa definição ganha representatividade quando é apresentada por BALLOU (1993), complementando o conceito apresentado acima.

"A Logística Empresarial pode ser definida como a disciplina que trata de todas as atividades de movimentação e armazenagem, que facilitam o fluxo de produtos desde o ponto de aquisição da matéria-prima até o ponto de consumo final, assim como dos fluxos de informação que colocam os produtos em movimento, com o propósito de providenciar níveis de serviço adequados aos clientes a um custo razoável."

O alvo das técnicas pautadas pelo processo logístico não se aplica a um determinado tipo de organização ou ramos de atividade, como exemplo, aplicações na área hospitalar. Esse importante segmento é passível da utilização de tais conceitos, alimentando e fornecendo princípios operacionais e estratégicos na ampliação do patamar competitivo das organizações, além dos demais campos de atuação, que foram ampliados ao longo de sua história.

Para Kotler (2009), a logística de mercado é o planejamento, a implementação e o controle dos fluxos de materiais e de produtos finais entre os pontos de origem e os pontos de uso, com o objetivo de atender às exigências dos clientes e de lucrar com esse atendimento.

Christopher (1997, pág. 2) conceitua Logística da seguinte forma:

"A Logística é o processo de gerenciar, estrategicamente, a aquisição, movimentação e armazenagem de materiais, peças e produtos acabados (e os fluxos de informações correlatas) por meio da organização e seus canais de marketing, de modo a poder maximizar as lucratividades, presente e futura através do atendimento dos pedidos a baixo custo."

Para Christopher, a Logística está intrinsecamente ligada aos canais de marketing com o fim de formar uma estratégia de disponibilizar os produtos aos clientes com qualidade, e com o menor custo.

O conceito evoluiu de forma considerável, e abrange diversos segmentos, conforme Faria e Costa (2007):

"[...] contempla as atividades relacionadas à obtenção, movimentação e estocagem de materiais e produtos, envolvendo todo o fluxo físico desses bens e de suas informações, desde os fornecedores, processo produtivo, até os consumidores finais, exigindo que todos os subprocessos de transporte e armazenagem/movimentação, assim como suas atividades de recebimento/expedição de materiais e produtos, embalagem, estocagem, separação de pedidos e materiais, transporte e etc. sejam planejados e controlados como um sistema interligado entre o mercado fornecedor e o mercado consumidor."

Gasnier (2005, p. 17) define logística como:

"O processo de planejar, executar, e controlar o fluxo e a armazenagem, de forma eficaz em termos de tempo, qualidade e custos, de matérias – primas, matérias em elaboração, produtos acabados e serviços, bem como das informações correlatas, desde o ponto de origem ate o ponto de consumo (cadeia de abastecimento), com o propósito de assegurar o atendimento das exigências de todos os envolvidos, isto é, clientes, fornecedores, acionistas, governo, sociedade e meio ambiente."

A logística tem um papel importante na organização, incorporando atividades de outros departamentos como o setor de planejamento, gerenciamento da qualidade e *marketing*, podendo mostrar uma maior visão sobre os assuntos da empresa e maior eficiência nos processos, reduzindo custos e maximizando a produtividade.

de acordo com os conceitos apontados sobre logística, é possível construir a figura a seguir, de maneira a resumir o conceito de logística para as organizações:

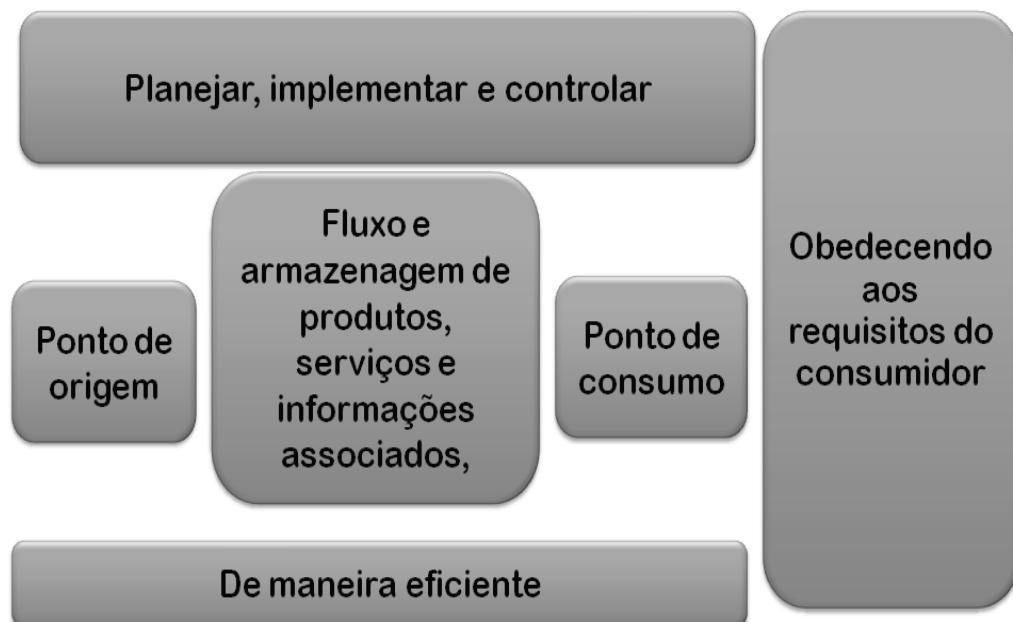


Figura 2 - Conceito de Logística Empresarial

Fonte: Adaptado de Ballou (1993)

#### 4.1.1 HISTÓRICO DA LOGÍSTICA

Ballou (2008) apresenta um breve histórico das fases da logística:

**Antes de 1950 – Anos de dormência:** Ainda não existia nenhuma filosofia para comandar as atividades logísticas. Cada atividade era responsabilidade de uma área da empresa, quem comandava o transporte era a gerência de produção; os estoques eram responsabilidade do marketing, entre outras atividades. Isso gerava conflitos de objetivos entre essas áreas, dificultando as atividades logísticas.

**1950 a 1970 - Anos de desenvolvimento:** O pensamento administrativo havia se consolidado, e o marketing estava bem estabelecido nas empresas, isso representou a verdadeira decolagem da área logística. Nestes anos houve o aumento da demanda de consumidores, a pressão para diminuição de custos nas indústrias, avanço na tecnologia de computadores, e a já utilizada experiência militar, que contribuiu para a consolidação da logística neste intervalo de tempo.

**De 1970 em diante - Anos de crescimento:** A partir dessa década, a administração de empresas se consolidou mais, e as empresas passaram a utilizar seus conceitos com maior confiança. As áreas de controle de custos, produtividade e controle de qualidade passaram a ser levadas em conta nas indústrias, para enfrentar o fluxo de importação de mercadorias na época. De lá para cá, a logística vem se tornando item essencial para as atividades empresariais, como fator gerador de lucro, redução de custos e aumento de produtividade das empresas.

Outro autor que procura descrever as fases da logística em seu contexto histórico é Novaes (2007), dividindo-a em quatro fases, definidas como atuação segmentada, integração rígida, integração flexível e integração estratégica, apontando os principais elementos para o avanço no enfoque dessas visões.

Na fase inicial, denominada atuação segmentada, usava-se o estoque como principal elemento regulador da demanda, e a otimização dos atendimentos era realizada por meio de pulmões de estoque junto aos atores da cadeia produtiva. Existia a falta de sistemas de comunicação competentes, regido por fluxo físico

documental, e a economia era baseada em lotes econômicos, para aperfeiçoar a máxima capacidade dos sistemas produtivos.

Tal elemento se justificava em decorrência dos altos custos dos sistemas produtivos, criando o detimento da cadeia produtiva em decorrência dos menores custos de produção.

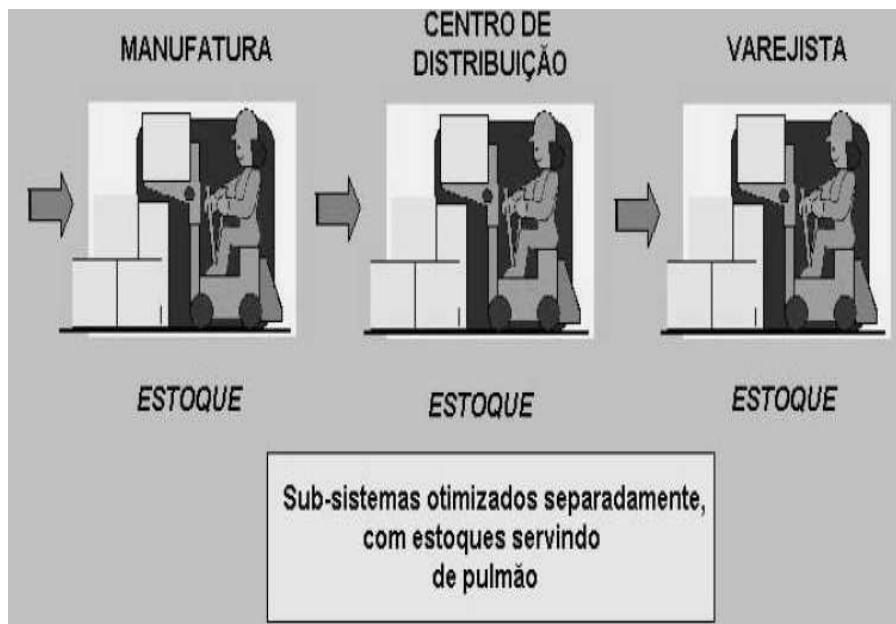


Figura 3 - Primeira fase da logística - Atuação segmentada  
Fonte: Novaes (2007)

O segundo momento, denominado como integração rígida, é marcado pela ampliação na variedade dos produtos, minimizando a padronização e ampliando o número de elementos controlados, o custo de estoque e transporte são diretamente impactados, por decorrência da crise do petróleo, ocorrida no inicio da década de 70. Ampliou-se a utilização de novos modais de transporte em função do crescimento dos territórios atendidos, tais como ferrovias, hidrovias e o modal aéreo, surgem os computadores com aplicações empresariais, de forma mais ampla, e os centros de distribuição e fabricantes começam a consultar os varejistas para realizarem suas previsões de demanda, embora houvesse falta de comunicação entre os atores.

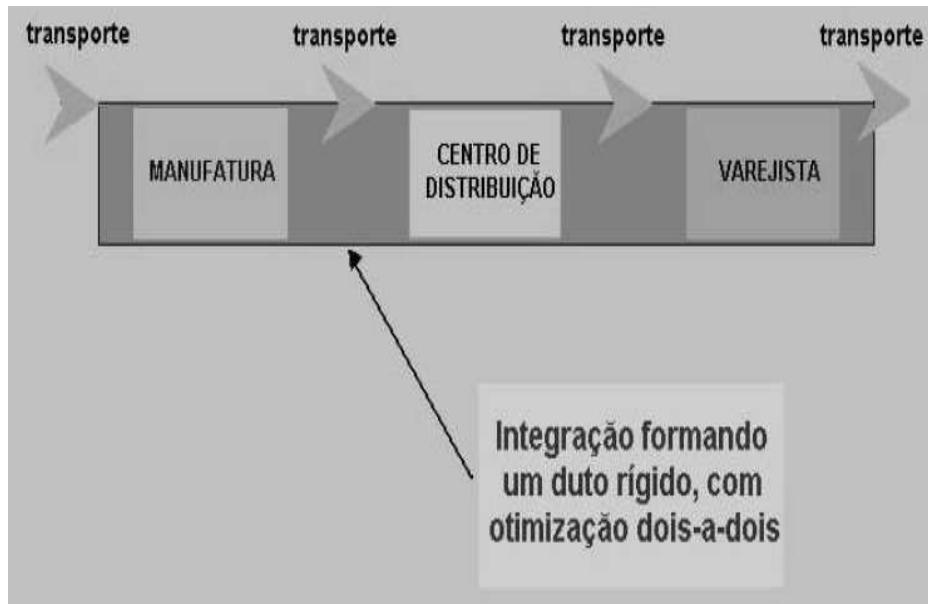


Figura 4 - Segunda fase da logística – Integração rígida

Fonte: Novaes (2007)

A fase posterior refere-se à integração flexível, identificada na segunda metade dos anos 80, e apesar de ser antiga, ainda se encontra em implementação em diversas organizações.

Busca um relacionamento dinâmico e flexível entre os atores, tanto fornecedores e clientes (montante e jusante da cadeia), assim como as operações internas da organização.

Caracteriza-se pela ampla aplicação da tecnologia de informação, procurando responder as necessidades instantâneas do processo, substituindo sistemas manuais pela digitalização dos dados do processo, oferecendo agilidade e maior confiabilidade na cadeia produtiva.

Percebe-se a introdução de códigos de barras, leitura ótica e troca eletrônica de dados (EDI), melhorando o controle de estoques no varejo e fornecendo informações mais confiáveis. Também pode ser caracterizada pela integração entre os depósitos e os sistemas produtivos de abastecimento em tempo real, permitindo maior adaptação às condições externas (comportamento do mercado de consumo), além da ampliação do conceito de cliente, chegando não somente ao consumidor final, mas a cada um dos membros da cadeia produtiva, minimizando estoques como uma forma de melhoria da competitividade e a busca do estoque zero.

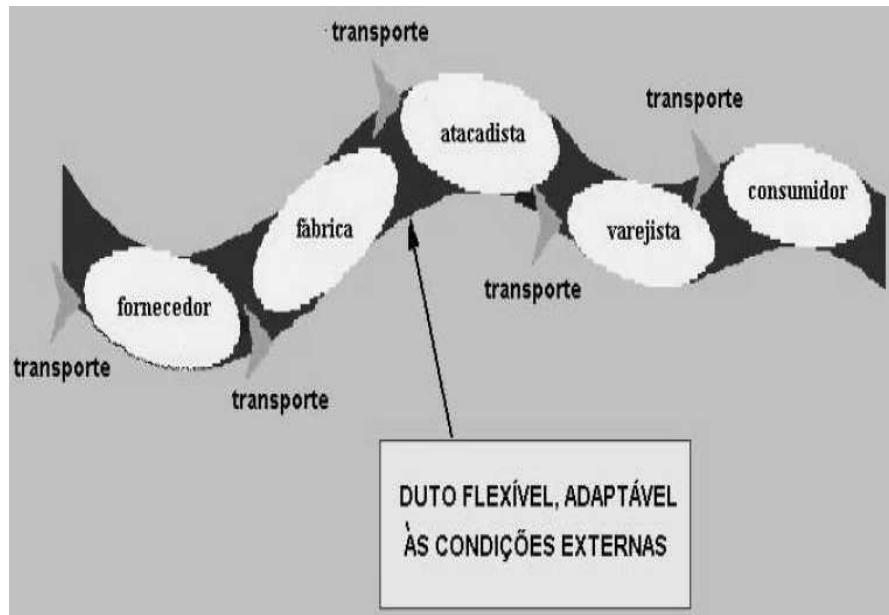


Figura 5 - Terceira fase da logística – Integração flexível

Fonte: Novaes (2007)

Na quarta e última fase citada pelo autor, a integração estratégica, a logística passa a ser vista como um elemento estratégico no desenvolvimento de novos mercados com um trabalho mais próximo entre os agentes da cadeia em regime de “ganha-ganha”, trocando mais informações entre si, de forma a reduzir custos e desperdícios, reduzir estoques que se acumulam ao longo dos vários elos da cadeia de suprimentos, melhorar a qualidade de serviços ao consumidor final e minimizar o ciclo de vida do pedido.

Começa a abertura das fronteiras organizacionais, permitindo a formação de parcerias e utilização de informações estratégicas entre os membros, ampliação do sincronismo, aspectos referentes ao impacto da logística no meio ambiente, prática do *postponement* (princípio de postergação), minimizando os prazos e incertezas ao longo da cadeia.

Intensifica-se a preocupação com a satisfação plena do consumidor, intermediário ou final, gerando melhoria na prestação de serviços, tanto na eficiência, qualidade, preços e otimização de tempo, concentração das empresas em sua competência essencial, gerando alto grau de terceirização das atividades.

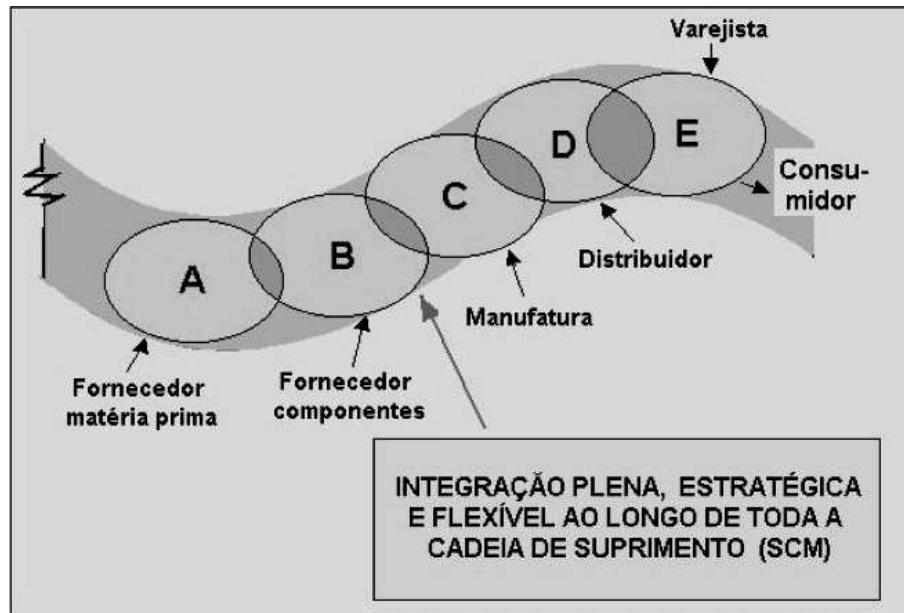


Figura 6 - Quarta fase da logística – Integração estratégica

Fonte: Novaes (2007)

É possível representar as fases da logística através da figura a seguir:

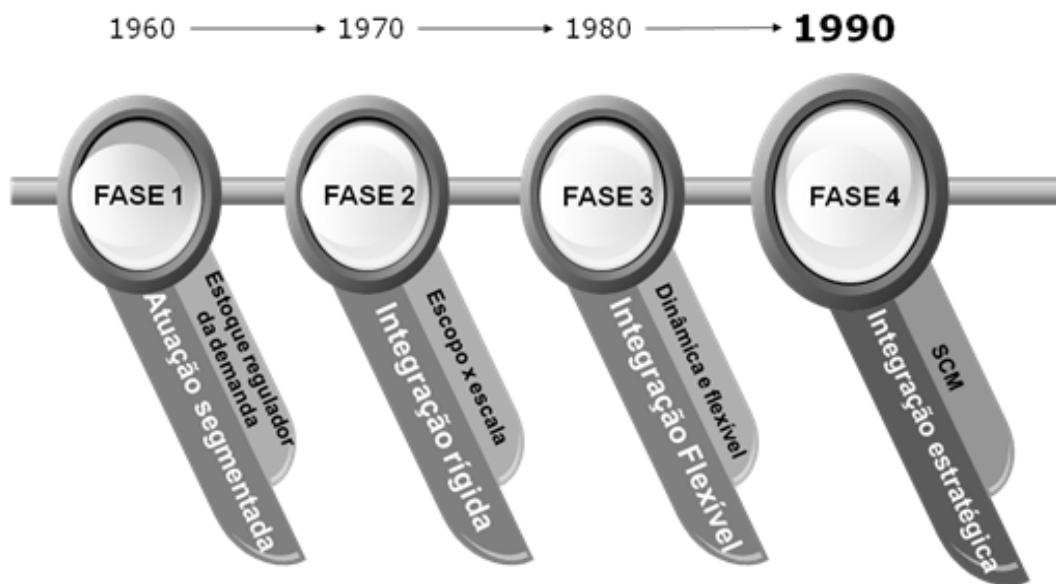


Figura 7 - As quatro fases da logística  
Fonte: Adaptado de Novaes (2007)

Para Novaes (2007), a moderna logística procura incorporar:

- Prazos previamente acertados e cumpridos integralmente, ao longo de toda a cadeia de suprimento;
- Integração efetiva e sistêmica entre todos os setores da empresa;
- Integração efetiva e estreita (parcerias) com fornecedores e clientes;

- Busca da otimização global, envolvendo a racionalização dos processos e a redução de custos em toda cadeia de suprimento;
- Satisfação plena do cliente, mantendo nível de serviço pré-estabelecido e adequado.

#### **4.1.2 ATUAÇÃO E ASPECTOS COMPETITIVOS DA LOGÍSTICA**

Conforme Rodrigues (2005, pág. 135), a logística deve ser aplicada para harmonizar a oferta, demanda de produção e distribuição de um produto, com o objetivo de reduzir custos. O autor ainda cita os principais parâmetros da logística, que são: custo e tempo (quantitativos) e qualidade (qualitativo).

Todas as definições giram em torno dos princípios do aumento, sempre que possível, do nível de serviço ao cliente e redução dos custos logísticos para a empresa.

Salienta-se a relevância da utilização dos conceitos logísticos no desenvolvimento dos processos, intervindo de forma positiva e alavancando a qualidade e a confiabilidade de sistemas complexos.

Segundo Rehder (2007), “pesquisa do Instituto COPPEAD indica que o total gasto pelas empresas com logística atingiu R\$ 271 bilhões em 2006, o que representa 11,7% do Produto Interno Bruto (PIB). Em relação à pesquisa anterior, feita em 2004, houve aumento nominal de 27,5%”.

Segundo Ballou (1993) o termo logística pode variar e apresentar diversas designações, como transportes, distribuição, distribuição física, suprimento e distribuição, administração de materiais e operações, sendo esses praticamente termos sinônimos, porém, “logística empresarial” é o termo que surge com maior frequência na literatura.

“A logística empresarial associa estudo e administração dos fluxos de bens e serviços e das informações associadas que os põe em movimento. Caso fosse viável produzir todos os bens e serviços no ponto onde eles são consumidos ou caso as pessoas desejassem viver no mesmo local em que as matérias-primas e a produção se localizam, então a logística seria pouco importante. Mas isto ocorre cada vez menos na sociedade moderna.” (BALLOU, 1993, pág. 23).

A logística pode estar atrelada ao sucesso da estratégia empresarial, devido às possibilidades em que se elevam o nível dos serviços, aliados a capacidade de redução de diversos custos operacionais em relação à concorrência.

"A efetividade da logística tem grande impacto tanto sobre a satisfação do cliente quanto sobre os custos da empresa" (KOTLER e ARMSTRONG, 2003, p.321).

A logística vem contribuindo na composição de recursos que agregam valor aos processos e possibilitando as companhias uma condição competitiva compatível com o patamar dos mercados em que atuam. Exerce a função de responder por toda a movimentação de materiais, dentro do ambiente interno e externo da empresa, iniciando pela chegada da matéria-prima até a entrega do produto final ao cliente, como Moura (1995) demonstra na figura a seguir:

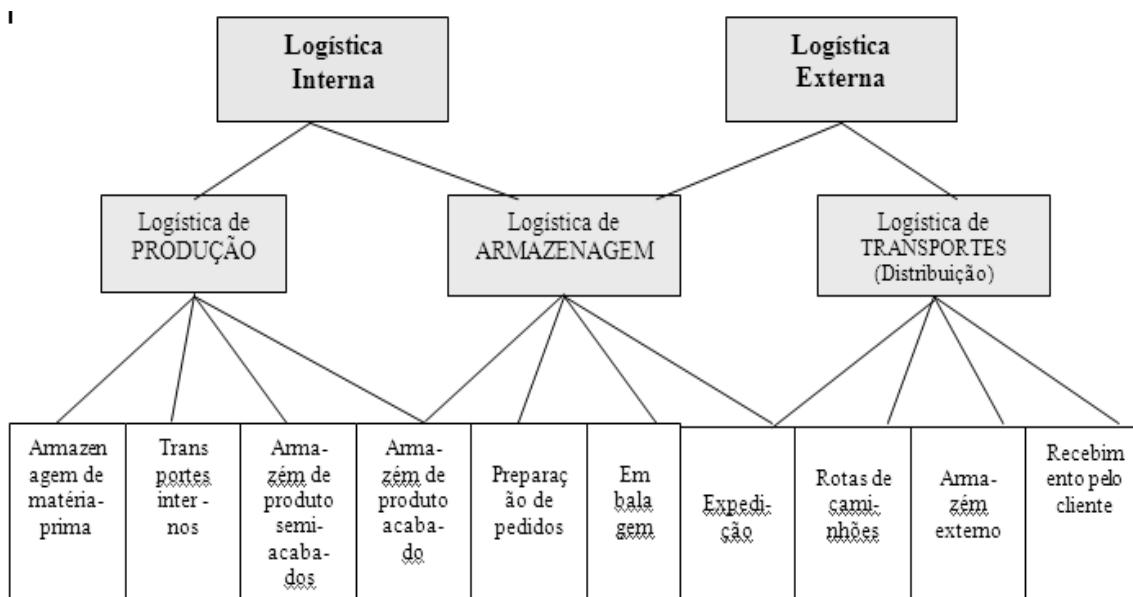


Figura 8 - Atividades da Logística  
Fonte: Adaptado de Moura (1995)

Para Novaes (2007, pág. 47) "... em lugar de otimizar pontualmente as operações, focalizando os procedimentos logísticos como meros geradores de custo, as empresas participantes da cadeia de suprimentos passaram a buscar soluções novas, usando a logística, para ganhar competitividade e para induzir novos negócios"

De acordo com Pozo (2004), a atividade logística deve ser vista por meio de duas grandes ações que são denominadas de primárias e de apoio. As atividades

primárias são transportes, manutenção de estoques e processamento de pedidos. Essas atividades, como o próprio nome diz, são fundamentais no processo para se alcançar o objetivo da logística.

A forma de resposta oferecida pelas empresas em seu contexto está relacionada com o nível de serviço proposto, buscando conquistar novos mercados e a manutenção do ciclo de vida da organização.

“[...] Mudanças nas expectativas dos clientes ou na localização geográfica continuamente transformam a natureza dos mercados, que, por sua vez, geram restrições que alteram o fluxo de mercadorias dentro das empresas. Mudanças tecnológicas e mercados emergentes abrem novas formas de reorganizar, adaptar e aperfeiçoar o fluxo de matérias-primas, produtos semi-acabados, produtos acabados, peças de reposição e materiais reciclados.” DORNIER et al. (2000, pág. 37)

Segundo Dornier et al. (2000), hoje é visto com clareza que as atividades logísticas afetam a eficiência e eficácia tanto do marketing como da produção, a movimentação do fluxo de caixa e a lucratividade da empresa.

“Para as atividades logísticas funcionarem de maneira eficiente, é necessário haver integração entre as funções. A logística é vista como a competência que vincula a empresa a seus clientes e fornecedores. As informações que são recebidas dos clientes e sobre eles fluem pela empresa na forma de atividades de vendas, previsões e pedidos. As informações são filtradas em planos específicos de compras e de produção. No momento do suprimento de produtos e materiais, é iniciado um fluxo de bens de valor agregado que resulta, por fim, na transferência de propriedade de produtos acabados aos clientes.” (Bowersox e Closs, 2001)

No sistema logístico das empresas há uma importante vertente na aquisição da competitividade. O cenário incidente sobre as organizações obriga o mercado a dispor de recursos que visem ampliar sua competitividade, focando a redução de custos e melhoria da competitividade.

A logística procura estabelecer parâmetros que forneçam esse diferencial na atuação da organização, tanto internamente como na relação objetiva com o mercado e sua cadeia de fornecimento.

Com o aumento das exigências por parte dos clientes, o nível de serviço logístico se tornou algo extremamente importante nas operações, como confirma

Faria e Costa (2007): “O objetivo da logística é prover ao cliente os níveis de serviços por ele requeridos, com a entrega do produto certo, no lugar certo, no momento certo, nas condições certas e pelo custo certo”.

Partindo desse conceito, o maior objetivo da logística é fazer com que todos os seus processos estejam voltados a satisfazer o cliente com alto nível de serviço, diminuindo custos e agregando valor ao produto/serviço oferecido, pois, como afirma Bowersox, Cooper e Closs (2001): “O valor criado pela logística pode servir como um forte direcionador para o sucesso voltado ao cliente”.

O ambiente de negócio de uma indústria, de uma empresa de atividade comercial ou mesmo uma prestadora de serviços, são passíveis de aplicação do conhecimento obtido no contexto da logística e consequentemente, poderá, respeitando os respectivos limites, auferir as vantagens proporcionadas pela aplicação de modelos de gestão mais competitivos, apoiados nas atividades ligadas à logística empresarial.

No atual cenário competitivo, a busca por liderança no mercado e o crescimento constante das empresas passou a ser um fator em comum nas organizações mais modernas, e para manter sua vantagem competitiva, a empresa precisa reconhecer o valor da logística como uma área que permite proporcionar maiores resultados, como confirma Faria e Costa (2007, pág. 31):

“[...] a maioria das empresas tem-se dedicado à busca da obtenção e sustentação de vantagens competitivas, por meio de formas de operação efetivas e voltadas para a geração de resultados econômicos em sua cadeia de suprimentos, nas atividades de comprar, produzir, movimentar, vender e distribuir seus produtos.”

## 4.2 CADEIA DE SUPRIMENTOS

A cadeia de suprimentos como uma vertente da gestão dos sistemas logísticos, pode oferecer um ganho significativo para as corporações, e também não deve ser descartada sua aplicação em empresas de qualquer natureza, desde empresas privadas com fins lucrativos até corporações públicas em busca da redução de seus custos e melhoria do nível de serviço resultante de suas operações.

O gerenciamento da cadeia de suprimentos (SCM) pode ser compreendido como o alinhamento das habilidades a montante e a jusante dos parceiros da cadeia de suprimento para entregar valor superior ao cliente final com o mínimo custo para a cadeia de suprimento como um todo. (Harrison e Hoek, 2003, pág. 27)

Esse aspecto do conceito de cadeia de suprimentos permite as empresas participantes de uma mesma linha de negócio, através da integração de seus elementos operacionais e estratégicos, obterem vantagens competitivas decorrentes da integração dos processos e melhoria da previsibilidade nas operações.

Para Chopra e Meindl (2003), uma cadeia de suprimentos engloba todos os estágios (clientes, varejistas, distribuidores, fabricantes e fornecedores) envolvidos, direta ou indiretamente, no atendimento de um pedido ao cliente.

Sendo assim, o foco do gerenciamento da cadeia de suprimentos está em alinhar e integrar os membros da cadeia até o cliente final, a fim de obter redução de custos no processo, sem comprometer a qualidade do produto final e proporcionando valores mais acessíveis na venda.

De acordo com Chopra e Meindl (2003), o objetivo principal na cadeia de suprimentos é maximizar o valor global gerado.

A seguir é apresentada uma figura que demonstra a formatação de uma cadeia de suprimentos e seu relacionamento com os atores e camadas (níveis) de relacionamento:

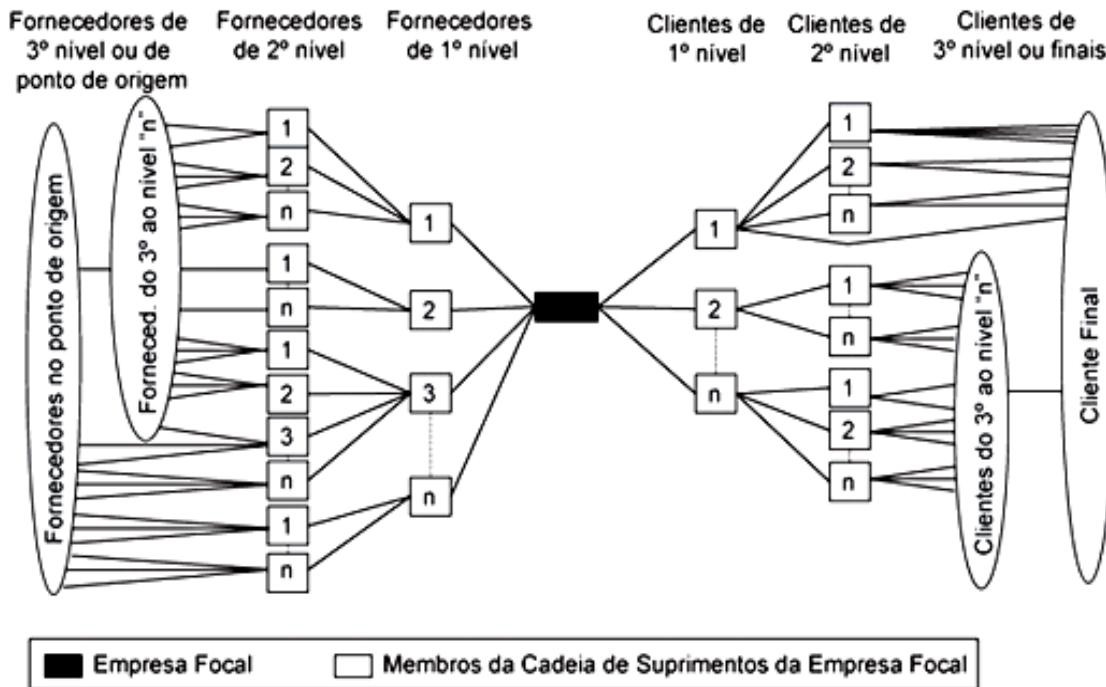


Figura 9 - Estrutura da rede de uma cadeia de suprimentos  
Fonte: Lambert et al.. (1998)

#### 4.2.1 DIMENSÕES E VISÕES DA CADEIA DE SUPRIMENTOS

Segundo Simon e Pires (2003), existem três dimensões estruturais da cadeia de suprimentos, e são essenciais para sua descrição, análise e gerenciamento:

A **estrutura horizontal**, que se refere à quantidade de camadas ao longo da cadeia. Para produtos mais elaborados (como automóveis, computadores, eletrodomésticos), a cadeia possuirá muitas camadas e maior estrutura horizontal. Para produtos menos elaborados (como cimento, por exemplo) a cadeia tende a ser bem curta.

A **estrutura vertical** se refere ao número de fornecedores ou clientes em cada camada da estrutura horizontal.

A **posição horizontal** da empresa focal na cadeia de suprimentos identifica o grau de proximidade que a mesma está do ponto inicial ou final da cadeia.

De acordo com Carilo Jr. (2003), são atribuídas quatro visões de ordem sistêmica quanto à relação existente entre a logística e o gerenciamento da cadeia de suprimentos, sendo:

A perspectiva tradicional, em que a logística é inserida como uma parte da cadeia de suprimentos.

Uma perspectiva denominada de re-rotulação, que a logística acaba sendo vista como a cadeia de suprimentos simplesmente. Aquilo que anteriormente é tratado como logística acaba sendo renomeado e tratado agora como gerenciamento da cadeia de suprimentos

A terceira proposta aponta para uma perspectiva de unificação, que muito se assemelha à visão dita como tradicional, a gestão da cadeia de suprimentos seja tratada como um conjunto de atividades coordenadas, e se alguma das atividades apontadas estiver fora dessa integração, não existe cadeia.

As atividades que fazem parte da SCM de acordo com esta perspectiva são a logística (inventário, armazenagem, embalagem, distribuição, transporte, serviço ao cliente, suprimentos, planejamento da produção, previsão da demanda, etc.), planejamento estratégico, tecnologia da informação, marketing e vendas.

A quarta e última posição trata do intersecccionismo, afirmando que a logística não é uma união dos elementos citados acima, e sim a junção dos elementos dessas disciplinas, logo, não aponta para um projeto tático e sim de ordem estratégica, coordenando esforços multifuncionais entre as empresas integrantes da cadeia.

A figura a seguir demonstra de forma resumida as perspectivas apresentadas acima:

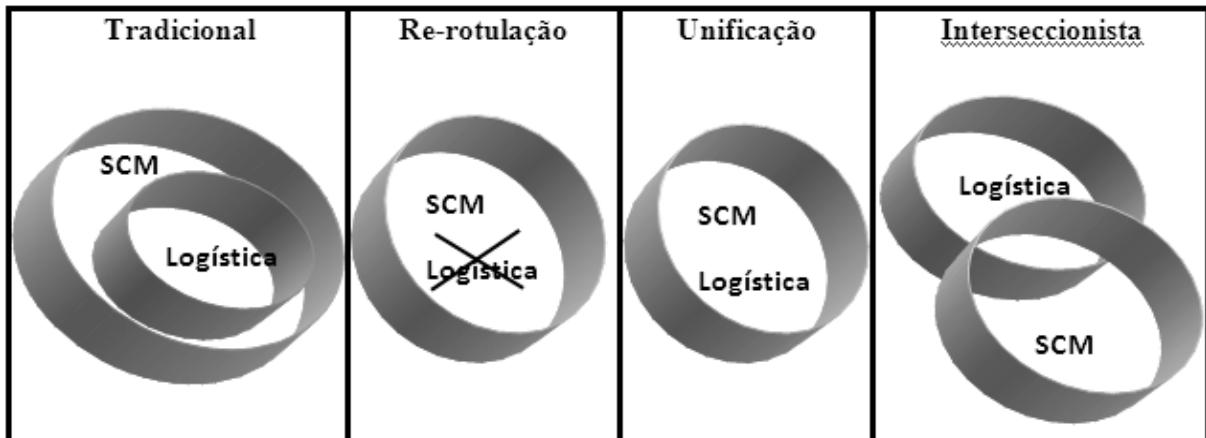


Figura 10 - Perspectivas sobre SCM versus Logística  
Fonte: Carilo JR (2003)

Para Gonzaga JR e Carvalho (2006) a gestão da cadeia de suprimentos é realmente necessária tanto na esfera privada como pública, pois todas as organizações podem auferir benefícios, e esse cenário não deve ser descartado principalmente pela empresa pública, conforme se verifica a seguir:

"O cenário em que se desenvolve a cadeia de suprimentos dos hospitais universitários de ensino público é desafiante para os seus gestores, considerando que a captação de recursos para o custeio das suas atividades provém, em sua maior parte, do orçamento da união e estão submetidos às condições institucionais de gestão financeira. Sendo o ambiente econômico financeiro mais propenso a riscos do que oportunidades para a gestão da cadeia de suprimentos, comprometendo o início do processo, que é a compra de material, cabe à administração desenvolver estratégias de gestão, que venham minimizar os efeitos negativos desta instabilidade; para isto, é necessário investir na qualidade do ambiente interno e gerencial da organização." Gonzaga JR e Carvalho (2006. pág.155)

A gestão da cadeia de suprimentos se refere à integração de todas as atividades associadas com a transformação e o fluxo de bens e serviços, procurando fazer que cada membro desempenhe as tarefas relacionadas a sua competência central, evitando-se desperdícios, funções duplicadas e custos desnecessários.

As relações entre as partes envolvidas deixam de ser contrapostas, transformando-se em um esforço coordenado, em que a confiança e o comprometimento têm uma relevância fundamental no ganho de competitividade dos parceiros.

O conceito de parceria pode ser compreendido como o estabelecimento de relações cooperativas e de longo prazo que buscam confiança mútua, abertura, riscos e recompensas compartilhados, gerando vantagem competitiva e um bom desempenho, que não seria alcançado individualmente.

Para Christopher (2007), o foco do gerenciamento da cadeia de suprimentos está no gerenciamento de relações, com vistas a atingir um resultado mais lucrativo para todas as partes da cadeia. Essa cadeia acaba sendo ampla, abrangendo desde fabricantes, fornecedores, depósitos, varejistas, transportadoras e os clientes.

"O motivo principal para a existência de qualquer cadeia de suprimentos é satisfazer as necessidades do cliente, em um processo gerador de lucros". (Chopra e Meindl, 2003, p.4).

As cadeias de suprimentos possuem uma sequência bem definida de processos e fluxos que acontecem dentro e entre diferentes estágios que, ao se combinarem, passam a atender as necessidades de um cliente por um determinado produto.

A visualização dos processos da cadeia ocorre através da visão cíclica ou *push/pull*, conforme descrito por Chopra e Meindl (2003, pág. 15):

“Visão cíclica: os processos em uma cadeia de suprimentos são divididos em uma série de ciclos, cada um realizado na interface entre dois estágios sucessivos de uma cadeia de suprimentos.

Visão *push/pull*: os processos em uma cadeia de suprimentos são divididos em duas categorias: acionados em resposta aos pedidos dos clientes (*pull*) ou em antecipação aos pedidos dos clientes (*push*).“

Conforme Chopra e Meindl (2003), dentro da visão cíclica, todos os estágios dos processos são desmembrados em: ciclo de pedido, ciclo de reabastecimento, ciclo de fabricação e ciclo de suprimentos. Na visão de processos *push/pull* tudo vai depender do tempo de execução ser compatível com as demandas ocasionadas para o atendimento dos clientes.

#### **4.2.2 MEDINDO A UTILIZAÇÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS**

Medir a utilização da cadeia de suprimentos pode colaborar na construção de estratégias para ampliar a integração e buscar complementos competitivos no relacionamento dos atores que participam da cadeia.

Entre os diversos objetivos que a gestão da cadeia de suprimentos busca proporcionar estão:

- A integração entre as organizações, para prestar um serviço mais eficiente ao consumidor, reduzindo custos e agregando valor ao cliente;
- Redução de custos, por meio dos transportes, estoques, transações de informações e papéis;
- Aumento da lucratividade através da agregação de valor ao produto ou serviço, por meio da customização e desenvolvimento de competências por parte das organizações envolvidas;
- Focalizar fornecedores essenciais, diminuindo a dependência de uma gama maior, e buscando a redução de estoque ao longo de toda a cadeia. (GOMES et al., 2004).

Quanto mais ampla for a utilização, maior o grau de colaboração e agregação de valor para os membros, podendo ser traduzido como ganho de competitividade, nível de serviço e melhoria dos processos por meio do desempenho da cadeia e ganho global para os membros.

Para Bowersox e Closs (2001), é possível medir a utilização da gestão da cadeia de suprimentos através de três conceitos: compartilhamento de informação, integração e parceria. Costa, Rodrigues e Ladeira (2005) aprofundam esses conceitos conforme a tabela a seguir:

Tabela 3 - Utilização da gestão da cadeia de suprimentos

VARIÁVEIS	CONCEITO	REFERENCIAL TEÓRICO
COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÃO	A informação é um elemento fundamental dentro da gestão da cadeia de suprimentos. O princípio básico do gerenciamento da cadeia de suprimento está fundamentado na convicção de que a eficiência pode ser aprimorada por meio do compartilhamento de informação e do planejamento conjunto.	BOWERSOX e CLOSS (2001); FELDMAN e MÜLLER (2003); ALMUDIMING, et al. (2004); GOMES e RIBEIRO (2004).
INTEGRAÇÃO	A integração da cadeia concentra-se em alinhar os processos-chaves do negócio. Mercadoria e produtos fluem das fontes supridoras e vão em direção aos consumidores. As informações e os recursos correm direção oposta, saem dos consumidores e vão até as fontes supridoras. A integração dos fornecedores traz benefícios a ambos dentro da cadeia.	CHING (1999); NOVAES (2001); DORNIER et al. (2000), CHRISTOPHER (2001).
PARCERIA	O conceito de parceria pode ser entendido através do relacionamento que prega confiança mútua, abertura, riscos e recompensas compartilhados, gerando vantagem competitiva e um bom desempenho, que não seria alcançado individualmente.	CHING (1999); BOWERSOX e CLOSS (2001); CHRISTOPHER (2001); GOMES E RIBEIRO (2004).

Fonte: Costa, Rodrigues e Ladeira (2005, pág. 4)

O ganho de competitividade na cadeia de suprimentos remete aos estudos do embasamento logístico nas organizações, e tem ganhado significado a partir da compreensão de seu emprego sistêmico.

Segundo Dornier (2000, p. 371), destacam-se três aspectos da gestão da cadeia de suprimentos:

**“1. Cadeia de suprimentos como uma entidade interfuncional:** a maior parte das dificuldades da gestão da cadeia de suprimentos deriva de uma alocação descoordenada e fragmentada de responsabilidade das diversas atividades da cadeia de suprimentos para diferentes áreas funcionais.

**2. Cadeia de suprimentos como um usuário estratégico de estoques e outros recursos produtivos:** a cadeia de suprimentos pode ser usada como uma ferramenta potencialmente eficaz no balanceamento das necessidades de demanda e capacidade e no fornecimento de proteções operacionais contra incertezas.

**3. Cadeia de suprimentos como integradora e coordenadora das atividades de produção e logística:** essa visão é a essência da gestão da cadeia de suprimentos e é a única forma de atingir eficiência operacional e serviço o custo, *lead times* e serviço ao cliente.”

O objetivo da cadeia de suprimentos é maximizar o valor global gerado para os atores da cadeia. O valor gerado é a diferença entre o valor do produto final para o cliente e o esforço realizado pela cadeia de suprimento para atender ao seu pedido. (CHOPRA, 2003)

Diversas empresas têm realizado investimentos contínuos na melhoria da gestão de sua cadeia de suprimentos com a intenção de ampliar o valor percebido para o cliente obter alguma diferenciação em um mercado altamente competitivo.

De acordo com Harrison (2003, pág. 27) :

“Gerenciamento da cadeia de suprimento como sendo o alinhamento das habilidades a montante e jusante os parceiros da cadeia de suprimento para entregar valor superior ao cliente final com o mínimo custo para a cadeia de suprimento como um todo. A cadeia de suprimentos tem início na matéria-prima e nos insumos de um determinado produto, que são armazenados em depósitos ou centros de distribuição.”

Para Gonçalves (2007, pág. 328)

“...cadeia de suprimentos como um conjunto de atividades utilizadas níveis de serviços prestados aos clientes de forma a tornar eficiente a integração dos fornecedores, dos fabricantes, dos centros de distribuição e de estocagem, de tal forma que a comercialização dos produtos seja realizada na quantidade certa, no local correto e no momento oportuno, com foco na redução dos custos e na alta satisfação aos clientes.”

Muitas empresas vêem a administração da cadeia de suprimentos como uma atividade logística, formando um conjunto que parte dos fornecedores até o seu destino final, o consumidor, tendo como objetivo da cadeia de suprimento fazer os materiais fluírem desde a fonte até o cliente final.

“O cliente final é o único que tem a moeda real em toda a cadeia de suprimentos”. (SLACK, 1997, p. 426).

As empresas de atividade hospitalar necessitam, tal como as demais organizações, manter um patamar de competência e efetividade visando resultados operacionais e financeiros, como garantia da viabilidade do negócio.

Esse contexto leva a crer que o processo logístico, por meio da gestão da cadeia de suprimentos, poderá, da mesma forma como é possível presenciar nas instituições de caráter industrial, angariar ganhos para as empresas de atividade hospitalar e agregar valor ao serviço oferecido ao seu público alvo.

A gestão da cadeia de suprimentos permite que os ganhos antes obtidos internamente permeiem o meio de relacionamento da empresa, ligando fornecedores e clientes, a montante e a jusante da relação comercial, obtendo assim as vantagens estratégicas e operacionais para as organizações.

"A gestão da cadeia de suprimentos é um conjunto de abordagens utilizadas para integrar efetivamente fornecedores, fabricantes, depósitos, armazéns e clientes finais, de forma que a mercadoria seja produzida e distribuída na quantidade certa, para a localização certa e no tempo certo, alcançando o menor custo global do sistema ao mesmo tempo em que atinge o nível de serviço desejado." Mello, Bandeira e Leusin (2009, pág. 6)

A logística aliada à gestão da cadeia de suprimentos pode permitir que as empresas de atividade hospitalar obtenham as mesmas vantagens, oferecendo serviços de maior qualidade e menor custo, realçando a capacidade competitiva e atenuando a matriz de custos da empresa.

Para Beer, Diniz e Todaro (2004), a gestão da cadeia de suprimentos pode oferecer entre muitos benefícios, os seguintes impactos:

"Os benefícios (impacto positivo) que a adoção dessa metodologia sistemática podem trazer são divididos em três campos: operacional (redução de variedades, custos e retrabalhos), tático (redução do tempo do ciclo dos processos, melhoria do nível dos serviços e aumento da produtividade) e estratégico (aumento da fatia de mercado, conquista de novos mercados e, principalmente, melhoria na margem e capacidade de geração de valor), além de considerável melhoria da qualidade das informações fornecidas."

A busca da integração obriga as instituições a ampliar seu relacionamento e intensificar o sistema de aquisição, quanto à sistemática de reposição, aquisição e avaliação das fontes de fornecimento.

A figura abaixo ilustra as etapas dos processos para se alcançar a excelência dos níveis de serviço na cadeia de abastecimento.

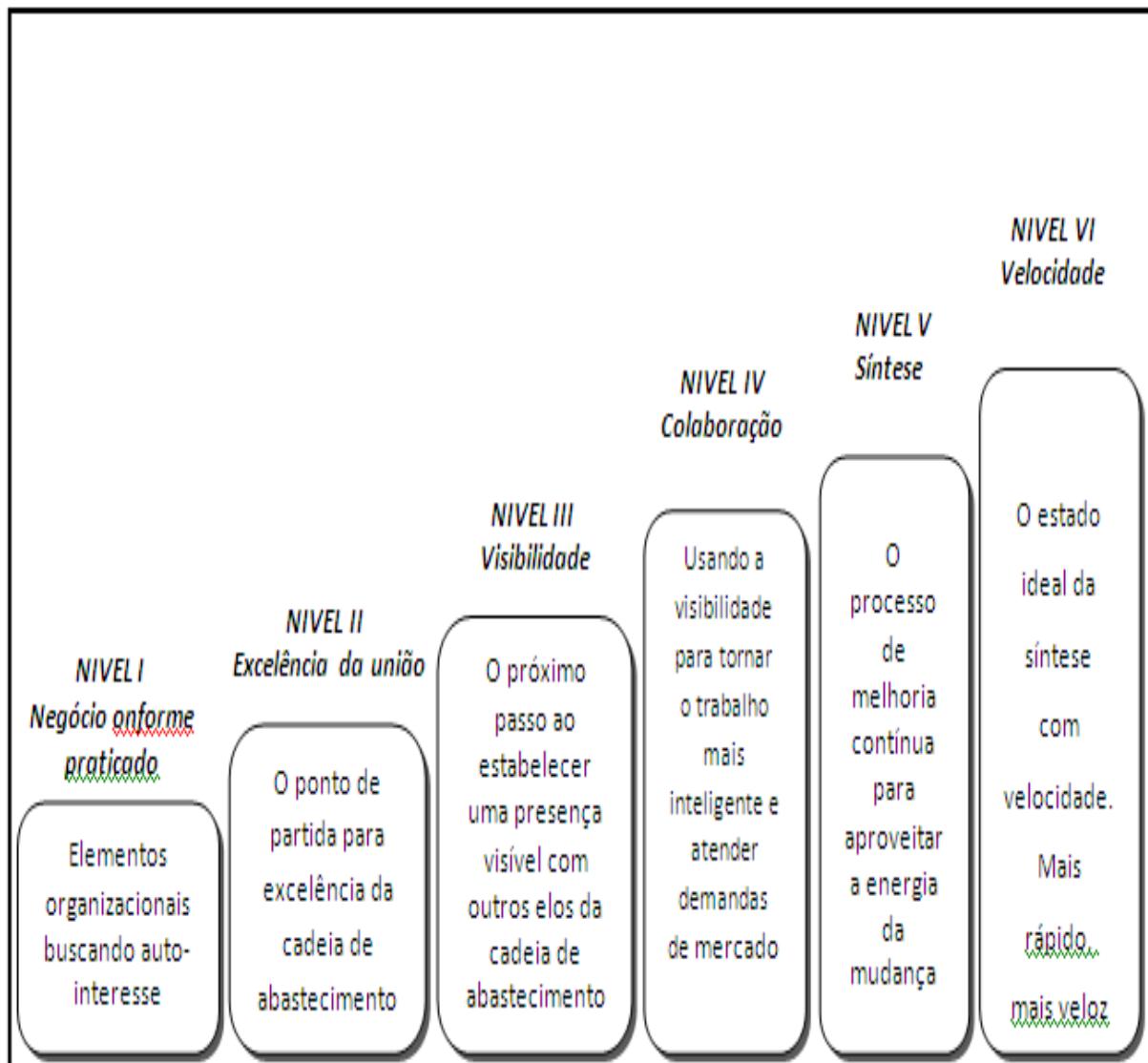


Figura 11 - Os seis níveis de excelência da cadeia de abastecimento  
Fonte: Carillo Jr. e Rezende et al.. (2003, p.27)

#### **4.2.3 INTEGRAÇÃO E COLABORAÇÃO NA CADEIA DE SUPRIMENTOS**

A busca de mecanismos que permitam às organizações o aprimoramento de seus processos e a ampliação da competitividade passa pela incessante pesquisa de mercado, inclusão de novas tecnologias e mudança do comportamento da sua cadeia de suprimentos.

A complexidade das cadeias de suprimentos e a evolução competitiva nos diferentes setores da economia exigem que as companhias passem a se preocupar tanto com o seu desempenho individual como com o desempenho global da cadeia em que ela está inserida.

Com o objetivo de aprimorar as relações das organizações com seus fornecedores e seus compradores, buscando a sustentabilidade econômica para todos os membros da cadeia, gestores e pesquisadores passaram a discutir e implementar o gerenciamento da cadeia de suprimentos. (Vinhois, Souza e Filho, 2010)

Para Rungtusanathan et al. (2003), a integração entre uma empresa e seus supridores e clientes, deve continuamente prover oportunidades de melhorias que facilitem as operações internas. Considerando uma relação cliente x provedor logístico, a operação existente entre um PSL (Prestador de Serviço Logístico) e seu supridor pode ser entendida como uma operação interna do PSL, que tem o desafio de administrar seus supridores com foco e performance condizentes ao negócio de seu cliente.

O papel da integração dos processos na cadeia produtiva vem ao encontro da melhoria do desempenho nas empresas, uma vez que permite a melhoria na previsibilidade dos processos, e nos aspectos relacionados à demanda de recursos, além de permitir ao contratante ou comprador contar com a *expertise* do fornecedor do abastecimento de recursos.

Para Vivaldini, Souza e Pires (2008), a gestão da demanda e a formação correta de um pedido de compras são processos relativamente complexos na gestão da cadeia de suprimentos, ocasionados pela falta de mecanismos que permitam visibilidade dos estoques e das vendas.

O ganho que pode ser obtido na cadeia de suprimentos decorrente da integração dos processos, precisa ser compreendido no tocante aos processos empresariais e o nível de qualidade esperado pelos membros da cadeia, pautado na necessidade de sincronismo do fluxo de materiais e recursos fornecidos entre os atores da cadeia e a gestão do fluxo informacional, e deverão participar, visando permitir que o processo de planejamento tenha a efetividade esperada.

Para Vivaldini e Souza (2006), as dificuldades em se ter e manter o relacionamento na cadeia de suprimentos pode existir em função de divergências e interesses dos agentes participantes, pela estrutura e cultura existentes, bem como por não haver uma visão comum do negócio em que estão. Neste caso, o papel da empresa foco é fundamental para o equilíbrio dessa relação.

Para Badin, Galvão e Dutra (2003), para isso, é necessário implementar um sistema de gestão das operações, que deve ser negociado, entre os membros da cadeia, devendo ser bem definido, levando em consideração as operações, práticas empresariais e decisões de manufatura nos fornecedores, de forma que essas práticas visem reduzir custos e aumentar o desempenho da cadeia de suprimentos.

A sincronização de operações envolve o processo de produção de múltiplas empresas, sendo muito mais difíceis do que quando aplicado a uma única organização. Somente será possível executar essas operações se houver compartilhamento eficiente de informação, pois, para o sucesso da integração da cadeia, os fluxos de informação são tão importantes quanto os físicos.

O conceito de integração da cadeia de suprimentos, com bastante propriedade, é descrito por Badin, Galvão e Dutra (2003, pág. 5):

"A integração da cadeia de suprimentos pode ser definida como uma associação de clientes e fornecedores que, utilizando técnicas de gestão, trabalham conjuntamente para otimizar o desempenho coletivo na criação, distribuição e suporte de um produto (serviços envolvidos). Para uma efetiva integração da cadeia de suprimentos é necessário estabelecer parcerias com os fornecedores, incorporando-os nas fases iniciais do processo de desenvolvimento do produto, com a aplicação de conceitos de engenharia simultânea e de logística integrada. A partir disso, os fornecedores têm mais oportunidades para participar nas especificações do produto, antecipando problemas futuros, e divisão de responsabilidades no desenvolvimento do produto, projeto, produção e distribuição."

Para Neto (2005), uma das premissas para o sucesso da gestão da cadeia de suprimentos é a substituição dos relacionamentos adversários por relacionamentos mais próximos e colaborativos, pois as empresas buscam sincronizar as operações para melhorar o valor do produto que será entregue ao cliente final.

Vinholis, Souza e Souza e Filho (2010), enumeram diversos conceitos relacionados à integração da cadeia de suprimentos na tabela a seguir:

Tabela 4 - Conceitos sobre integração da cadeia de suprimentos

Pesquisadores	Contribuição
Lawrence and Lorsch (1986)	"Integração é a qualidade do estado de colaboração existente entre os departamentos que precisam atingir a unidade de esforços em função das demandas do mercado" (foco no ambiente interno).
Bowersox, Closs and Stank (1999)	Classificam a integração no contexto de uma cadeia de suprimentos em seis diferentes tipos. Estes tipos são a integração com o comprador, a integração interna, a integração com os fornecedores de materiais e serviços, integração de tecnologia e planejamento, integração de indicadores de desempenho e integração de relacionamentos.
Stevens (1989)	Identificou quatro estágios para a integração da cadeia de suprimentos, onde o estágio 1 representa as operações fragmentadas dentro de uma empresa individual. O estágio 2 enfoca a integração limitada entre funções adjacentes (ambiente interno), por exemplo compras e controle de materiais. O estágio 3 requer a integração interna do planejamento interno de uma empresa individual e o estágio 4 representa a real integração da cadeia de suprimentos incluindo os fornecedores à montante e os consumidores à jusante.
Lee (2000)	Destaca três dimensões da integração da cadeia de suprimentos: integração de informações, coordenação e compartilhamento de recursos, e conexão do relacionamento organizacional. A integração de informações refere-se ao compartilhamento de informações e conhecimentos entre os membros na cadeia de suprimentos, incluindo previsões de venda, planos de produção, situação de estoque e planos de promoção. A coordenação e o compartilhamento de recursos referem-se ao realinhamento das decisões e das responsabilidades na cadeia de suprimentos.

Fonte: Vinholis, Souza e Souza Filho (2010, pág. 4)

A mudança de posicionamento entre os atores é vista como uma necessidade no desenvolvimento da integração da cadeia, pois o fornecedor ou o cliente passam a ser vistos como membros de uma estratégia comum, decorrente de um alinhamento necessário, com o intuito da melhoria de processos e do grau de atendimento às demandas na cadeia produtiva.

Para Almeida et al. (2007), os fatores confiança e o comprometimento do fornecedor asseguram a troca das informações necessárias para alcançar um desempenho elevado e para encorajar o fornecedor a destinar seus melhores recursos para as tarefas.

É possível melhorar a discussão referente à integração dos processos logísticos em uma cadeia de suprimentos com a posição apontada por Barbosa, Musetti e Consóli (2007, pág. 2):

“Dentro do conceito de gerenciamento da cadeia de suprimentos, a integração externa e a gestão de alianças estratégicas são fundamentais para desenvolvimento e melhoria da performance das empresas que se envolvem em processos de integração, seja com seus fornecedores ou clientes. Assim, entender as principais dimensões consideradas pelos modelos que consideram a logística integrada e o gerenciamento da cadeia de suprimentos (SCM - *Supply Chain Management*) é o primeiro passo para a avaliação de como empresas desenvolver suas atividades e estratégias de integração. Por outro lado, as teorias e modelos que consideram a integração externa como dimensão para o gerenciamento integrado da cadeia parecem ainda pouco utilizados ou que as empresas ainda atribuem importância subestimada às atividades de integração.”

Oferecendo uma continuidade para o aprimoramento dos relacionamentos e melhoria da performance dos membros de uma cadeia, é importante ressaltar a colaboração entre os atores, mais enfática que a integração dos processos por meio de recursos informacionais, a colaboração busca a parceria e o maior alinhamento estratégico entre as partes da cadeia, visando a agregação do valor percebido pelo cliente.

Conforme Vieira (2006, pág. 20), colaboração significa que duas ou mais empresas trabalham juntas ao longo do tempo (com base na confiança, flexibilidade, reciprocidade, interdependência, comprometimento, comunicação aberta, conhecimento do parceiro e no longo tempo) por meio de decisões conjuntas, compartilhando informações logísticas e comerciais, custos e benefícios, e com o objetivo de atender às necessidades dos clientes.

Para Vieira, Yoshizaki e Lustosa (2010):

“Um estudo dos elementos de colaboração, de desempenho logístico e de custos de transação pode revelar aspectos importantes para um gerenciamento logístico mais eficiente e contribuir para ampliar novas pesquisas tanto no meio empresarial como no meio acadêmico. Entender o relacionamento entre os parceiros pode revelar em que setores uma maior intensidade de colaboração deve ensejar melhor desempenho logístico e menores custos de transação.”

Para Badin, Novaes e Dutra (2003), inúmeros são os benefícios da integração. Um dos principais é a economia oriunda da redução de estoques, podendo ser reduzidos pelo aumento da velocidade do fluxo dos produtos na cadeia, reduzindo-se os estoques de segurança.

Conforme Kanter (1994), os melhores resultados em um processo de colaboração são obtidos por meio de cinco tipos de integração, definidas como estratégica, tática, interpessoal, operacional e cultural.

Vieira (2006) aponta cinco elementos comuns para a parceria e colaboração na cadeia de suprimentos, conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 5 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos

Dimensão	Caracterizado por:
<b>Amplitude do relacionamento</b>	Longo prazo
<b>Forma do relacionamento</b>	Transações híbridas (ou alianças, integração parcial, etc.)
<b>Foco no relacionamento</b>	Planos específicos, metas comuns
<b>Comprometimento financeiro</b>	Compartilhamento de riscos e ganhos
<b>Natureza da interação</b>	Compartilhamento da informação, comunicação aberta, confiança, combinar benefícios mútuos de cooperação e interdependência.

Fonte: Vieira (2006, pág. 24)

Vivaldini, Souza e Pires (2009) resumem os pensamentos relacionados aos requisitos para a colaboração da cadeia de suprimentos de forma muito eficiente conforme na tabela a seguir:

Tabela 6 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos

Requisitos para colaboração	
Características	Explicações
Cultura colaborativa	A empresa alinha seus objetivos, informações, projetos etc., com os agentes da CS
Administração de mudanças	Equilibrar na CS as consequências causadas por mudanças
Atividades e processos alinhados e compartilhados	A empresa delega ao agente responsabilidades, compartilhando dificuldades e resultados
Decisão baseada na parceria e no comprometimento	A empresa considera o papel e a importância do agente nas decisões. Consegue equilibrar e ponderar erros do agente
Visão de medidas na CS	Existem na CS indicadores capazes de avaliar o desempenho das operações e dos agentes, como, por exemplo, perda de venda por falta de insumo.
Intenção estratégica	Envolver os agentes em planos e objetivos futuro
Alinhamento interno e suporte intra-organizacional	Internamente a empresa pratica conceitos colaborativos, refletindo-os nas ações com os demais membros da cadeia
Fluxo livre para informações e comunicação	As informações circulam na cadeia com transparência e confiança

Fonte: Vivaldini, Souza e Pires (2009, pág. 4)

Na figura a seguir, Mint et al. (2005) apud Vivaldini e Pires (2010), demonstra as principais atividades colaborativas entre os membros da cadeia, embora, exponham que são necessárias muitas sessões para compreender quais seriam os

benefícios mútuos, para que sejam realizados os ajustes necessários para atender as expectativas dos atores.

<b>Compartilhando Informação</b>	Prevendo Demanda do Cliente Necessidade de materiais Plano de marketing Capacidade de Produção e Programação
<b>Planejamento conjunto</b>	Objetivos de performance e vendas Orçamentos Priorizando metas e objetivos
<b>Resolvendo problemas</b>	Desenvolvendo produtos Problemas logísticos (embarques, rotas, tamanho de pallet, embalagens, etc.) Suporte de marketing (material de mkt, entrega, display de loja, etc.) Controle de qualidade Análise de custo-benefício (custo de estoque, lead-time, serviço ao cliente, etc.)
<b>Medidas de performance</b>	Baseline e revisão da performance KPIs (serviço ao cliente, redução de custo, produtividade, etc.) Determinando recompensas e ações corretivas
<b>Alavancagem</b>	Recursos e capacidades Habilidades e conhecimentos Especialização

Figura 12 - Principais atividades colaborativas  
Fonte: Mint et al. (2005) apud Vivaldini e Pires (2010)

Consôli (2009) aponta diversas variáveis, tratadas em dez modelos de avaliação da colaboração nas cadeias de suprimentos, elaborando um quadro comparativo e enumerando sua importância e efetividade na construção de um mecanismo de verificação do grau de colaboração entre os atores de uma cadeia. A seguir é apresentada uma tabela resultante dessa análise, com a síntese dos principais pontos de cada autor.

Tabela 7 - Caracterização das principais variáveis e fatores relacionados à integração e colaboração

Variáveis e fatores abordados	# Sim?	Modelo 1	Método 2	Modelo 3	Modelo 4	Método 5	Modelo 6	Modelo 7	Método 8	Modelo 9	Modelo 10
Integração interna de processos.	10	Sim									
Integração externa de processos.	10	Sim									
Conhecimento e satisfação das necessidades do cliente final.	10	Sim									
Sistema de informações (compartilhamento).	10	Sim									
Indicadores de desempenho (KPIs).	8	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	
Desenvolvimento de objetivos mútuos.	8	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	
Aspectos estruturais da cadeia.	9	Sim	Não	Sim							
Estabelecimento de acordos, alianças formais/contratos e estrutura de governança.	7	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	
Critérios de escolha e diferenciação dos membros.	3	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Questões de poder e conflito (relacionamento e colaboração).	4	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Cruzamento de equipes intra e entre empresas.	3	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Compartilhamento de riscos/resultados (alinhamento de incentivos).	2	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Relacionamento com demais agentes ( <i>stakeholders</i> ).	4	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
<hr/>											
Outras Características											
Pressupõe iniciador ou líder.	3	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
Aplicabilidade no setor de serviços.	--	Baixa	Média	Média	Baixa	Alto	Baixa	Alta	Média	Média	Alta
Desenvolvido ou aplicado na cadeia de alimentos.	3	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não

Legenda:

Modelo 1	Modelo de Excelência Logística: Fawcett e Clinton (1996)	Modelo 6	Estrutura de Análise da Cadeia de Suprimentos: Chandra e Kumar (2000)
Método 2	Modelo de Gestão de Cadeias: Folkerts e Koehorst (1997)	Modelo 7	Modelo de Processos da Cadeia de Valor: Walters e Lancaster (2000)
Modelo 3	GSCF Framework: Cooper, Lambert e Pagh (1997)	Modelo 8	Estrutura para Gerar, Modelar e Avaliar Cenários na SC: Vorst (2000)
Modelo 4	Supply-Chain Operations Reference Model: Stewart (1997)	Modelo 9	Modelo de Teoria Unificada de Logística: Mentzer, Min e Bobbitt (2004)
Método 5	Planejamento Estratégico de Cadeia de Suprimentos: Lummus, Vokurka e Alber (1998)	Modelo 10	Modelo Integrado de Colaboração na SC: Simatupang e Sridharan (2005)

Fonte: Consôli (2009, pág. 123)

Vieira, Yoshizaki e Lustosa (2010) complementam essa posição: se a colaboração pode ser vista pelo lado de compartilhamento de custos e recursos logísticos e informações, as empresas podem coordenar suas ações e aumentar o

desempenho logístico de forma a satisfazer os clientes com entregas rápidas, sem erro e completas, e a um baixo custo logístico total.

Os parceiros podem alinhar outras sinergias, como aumento de entregas sem erro, cobertura de estoque (de forma a evitar a ruptura de disponibilidade na gôndola e manter os estoques em níveis desejáveis), cumprimento da agenda de entrega e atendimento de pedidos em períodos de demanda alta ou urgente. Em contrapartida, os participantes dividem os resultados advindos de melhores vendas e lucros, sabendo-se que existem elementos que viabilizam e outros comprometem o grau de colaboração.

Vieira, Yoshizaki e Lustosa (2010), Vivaldini, Souza e Pires (2009) resumem os aspectos motivadores e as dificuldades nos processos de colaboração entre os membros da cadeia, conforme citado na tabela a seguir:

Tabela 8 - Elementos comuns para a parceria na cadeia de suprimentos

Fatores que favorecem	Fatores que dificultam
Troca de informação	Relacionamento mecânico e falho
Decisões sincronizadas	Discordar das estratégias comerciais
Incentivo e divisão de ganhos alinhados	Mentalidade limitada a operação
Performance atualizada e compartilhada	Tamanho das organizações
Políticas integradas	Falta de confiança
Objetivos e metas comum	Falha na acuracidade das informações
Planejamento e soluções em conjunto	Não haver identificação dos benefícios
Recursos alinhados	Falta de visão da cadeia e dos processos
Relação de confiança interna e externa	Fluxo de informação falho, incompleto e desatualizado
Abertura e comunicação honesta	
Diálogo franco e aberto	
Interdependência	

Fonte: Vivaldini, Souza e Pires (2009, pág. 4)

Para Julianelli (2011):

"A inovação que nos é proposta está nos formatos de colaboração entre cadeias diferentes, formando uma verdadeira rede para o desenvolvimento de fornecedores, tratamento de resíduos, revisão do portfólio de produtos, descarte de embalagens, mecanismo de desenvolvimento limpo e fomento de economias regionais diversificadas, entre outros. Talvez o verdadeiro problema consista no fato de o desdobramento da estratégia em ação ser avaliado por indicadores de curto prazo, que muitas vezes afastam a organização de sua missão, visão e valores. Por exemplo, uma empresa

declara como sua visão ser o operador logístico mais sustentável do Brasil, mas quando olhamos os indicadores do gestor de transportes todos são orientados para a redução de custos. Não há dúvidas de que ele irá contratar transportadoras que cobram menos e utilizam veículos mais velhos e mais poluentes.”

A figura a seguir, aponta como Barrat (2004) relaciona a colaboração e os elementos estratégicos e culturais da organização. É preciso ter um profundo entendimento da necessidade de colaborar, em quais negócios e com quais parceiros, além de procurar saber com o que colaborar nessa cadeia, além de quais serão as atividades e elementos de colaboração.

A cultura colaborativa, descrita pela confiança entre as partes, a mutualidade para os atores, a troca irrestrita de informações (do ponto de vista dos processos) e a comunicação aberta colocam-se como o principal foco de pesquisa entre os autores relacionados ao gerenciamento da cadeia de suprimentos.

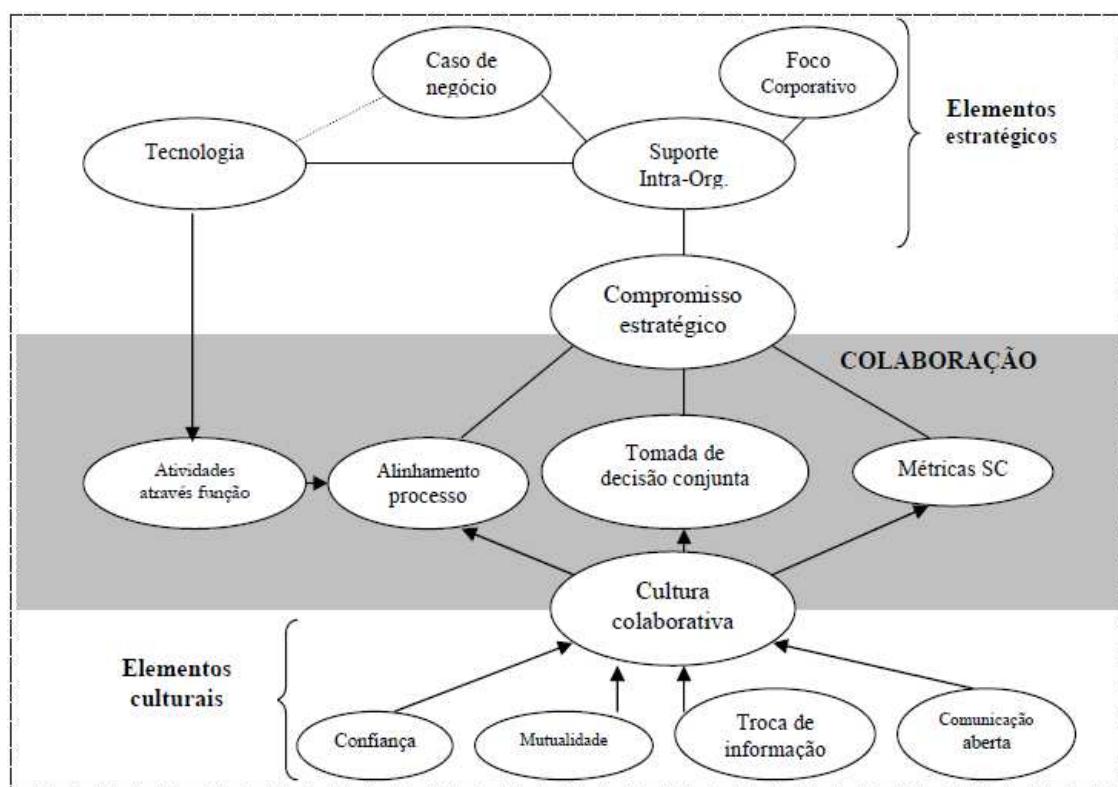


Figura 13- Elementos culturais da colaboração no SCM  
Fonte: Barratt (2004)

Para Barbosa, Musetti e Consôli (2007), o último elemento da colaboração na cadeia de suprimentos é a troca de informações, e um número grande de publicações tem tratado desse assunto, pela necessidade de compartilhar informações para a melhoria do desempenho de toda a cadeia de suprimentos.

Na informação, a transparência e a qualidade do fluxo de informações, representam um importante papel nos diversos interesses de desenvolvimentos existentes na cadeia de suprimentos, e o primeiro deles é a intermediação, uma potencial barreira para a transparência, pois age como fonte de informação assimétrica e de baixo impacto, e segundo, a intermediação eleva os custos e freqüentemente constitui uma atividade de não agregação de valor.

Para Cônsoli (2009), os aspectos relacionados à informação devem obedecer a regras práticas de compartilhamento, as quais podem contribuir para o sucesso do processo de colaboração. Sendo elas:

Tabela 9- Regras práticas para compartilhamento de informações em processos de colaboração

"Regras"	Comentários
1- Compartilhar apenas informações que melhorem a performance da SC.	As informações compartilhadas devem permitir que as melhores decisões sejam tomadas com base nas informações disponíveis. A meta deve ser tornar acessível aos membros as informações significativas a respeito do que acontece em diferentes partes da cadeia. Mesmo sendo essencial a integração de sistemas de informações, o mais importante é a integração das operações para utilização eficiente dos dados de demanda.
2- Simplificar, sincronizar e estabilizar os processos de planejamento de demanda e suprimentos.	Uma vez que os pedidos nas etapas a jusante da cadeia são críticos para o planejamento da demanda futura, devem-se considerar melhorias nesse processo, que envolvem: - simplificação, com planejamento em nível detalhado de produtos o mais raro possível; - melhor sincronização das atividades de planejamento, visto que assuntos relacionados com frequência e periodicidade podem causar vários problemas de planejamento; - estabilização do planejamento e evitar que sejam feitos ajustes de última hora nos planos, com mudanças incrementais a cada rodada de planejamento.
3- Utilizar uma combinação de diferentes fontes de dados de demanda.	A informação de demanda é mais do que o volume demandado pelo consumidor final. Deve considerar também previsões, níveis de estoque, mix de produtos, vendas de varejo, carregamentos dos fabricantes e sinais do mercado. Em alguns casos, pedidos de varejo e estoques nos canais podem ser mais úteis que dados de POS.
4- Beneficiar-se de relacionamentos colaborativos com clientes.	Na existência de colaboração, pode-se ter acesso mais fácil a planos de clientes, previsões e sinais do mercado. Por outro lado, com relacionamentos colaborativos, os clientes conseguem entregas mais seguras, maior disponibilidade de produtos e operações mais responsivas.
5. Entender a necessidade real de informações de demanda dos fornecedores.	Deve-se considerar que as necessidades de informações a montante e jusante da cadeia são diferentes. Geralmente, fornecedores a montante não utilizam informações da demanda do consumidor final e precisam apenas de dados agregados. Além disso, períodos de planejamento nesse caso são mais amplos, dado que o <i>lead time</i> para matérias-prima e componentes podem ser mais longos.

Fonte: Consôli (2009, pág. 141)

Para Mandarei Jr. (2008, pág. 23):

"É possível concluir que a colaboração seja vista como algo benéfico tanto por parte do cliente como por parte do fornecedor e, ambos possuem percepções semelhantes em termos de orientação ao longo prazo, compartilhamento de benefícios e riscos e comunicação aberta e em ambos os sentidos. Além disso, existe sempre o desejo de melhorar a relação, mesmo esta já sendo vista como positiva. Na grande maioria das vezes, o

aprimoramento da relação é vista como um processo de melhoria contínua e não algo estático."

Mandarei Jr. (2008), Vivaldini, Souza e Pires (2009) resumem os resultados e consequências do processo colaborativo na figura a seguir::

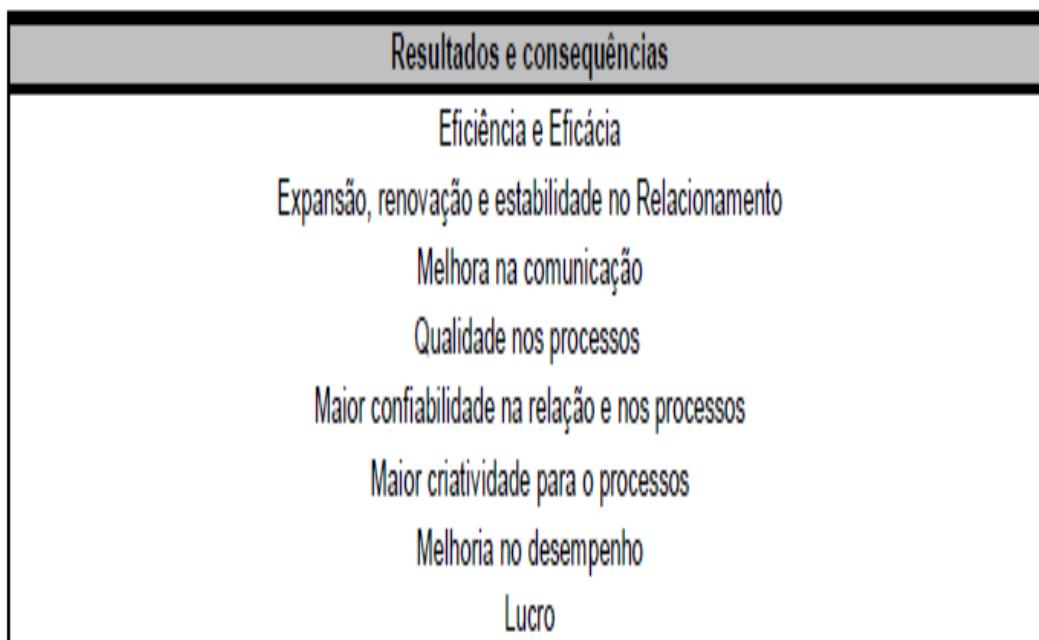


Figura 14 - Resultados e consequências da colaboração na cadeia de suprimentos  
Fonte: Vivaldini, Souza e Pires (2009, pág. 4)

Vieira (2006) resume, por meio de diversas pesquisas relevantes, as principais barreiras encontradas pelas organizações na implementação de um processo de colaboração na cadeia de suprimentos, sendo:

- O baixo nível de confiança;
- O baixo nível de comprometimento das partes;
- Pouco uso de tecnologia de informação;
- Baixo compartilhamento de informações;
- Inexistência de uma cultura colaborativa;
- Pouca participação dos principais executivos;
- Baixo conhecimento do parceiro;
- Um elevado número de parceiros; e
- As questões relacionadas ao retorno sobre o investimento realizado.

Dentro do processo de definição de um modelo de colaboração, de acordo com Consôli (2009) há seis variáveis significativas no contexto da colaboração entre membros de uma cadeia produtiva. A seguir são apresentadas as variáveis, seus fatores e o agrupamento final definido pelo autor.

Tabela 10 - Agrupamento das variáveis e fatores de integração na cadeia de suprimentos

Variáveis e fatores (Conforme Quadro 6.4)	Agrupamento (Fatores Renomeados)
Integração externa de processos. Cruzamento equipes intra e entre empresas.	Integração Interfuncional.
Conhecimento e satisfação das necessidades do cliente final.	Orientação Estratégica para Mercado.
Sistema de informações (compartilhamento). Critérios de escolha e diferenciação dos membros. Indicadores de desempenho (KPIs).	Sistemas de Informação e Monitoramento de Performance.
Desenvolvimento de objetivos mútuos. Compartilhamento riscos/ resultados (alinhamento de incentivos).	Planejamento Conjunto e Equitativo.
Aspectos estruturais da cadeia. Estabelecimento de acordos, alianças formais/ contratos e estrutura de governança.	Decisões de Estrutura e Governança.
Questões de poder e conflito (relacionamento e colaboração).	Gestão de Relacionamento.

Fonte: Consôli (2009, pág. 124)

Para os fins deste estudo, essas serão as variáveis significativas na caracterização da colaboração nas cadeias de suprimento hospitalar estudadas.

#### 4.2.4 A LOGÍSTICA E A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS NOS HOSPITAIS

A gestão da cadeia de suprimentos abordada nesta pesquisa tem como enfoque a avaliação do relacionamento entre as organizações participantes do negócio, também conhecidos como atores da cadeia.

A natureza das atividades hospitalares é de grande complexidade, principalmente pelos elementos de intangibilidade que caracterizam suas funções, porém tal situação não exclui a necessidade de melhoria do seu contexto competitivo e aprimoramento operacional visando acréscimos no desempenho de seu nível de serviço.

Segundo Pontes et al. (2008, pág.1), “O setor hospitalar é uma das atividades de maior complexidade operacional. Ao concentrar recursos humanos altamente capacitados, tecnologia de última geração, processos diversificados e grande variedade de itens de consumo, esta instituição necessita de uma gestão extremamente eficiente”.

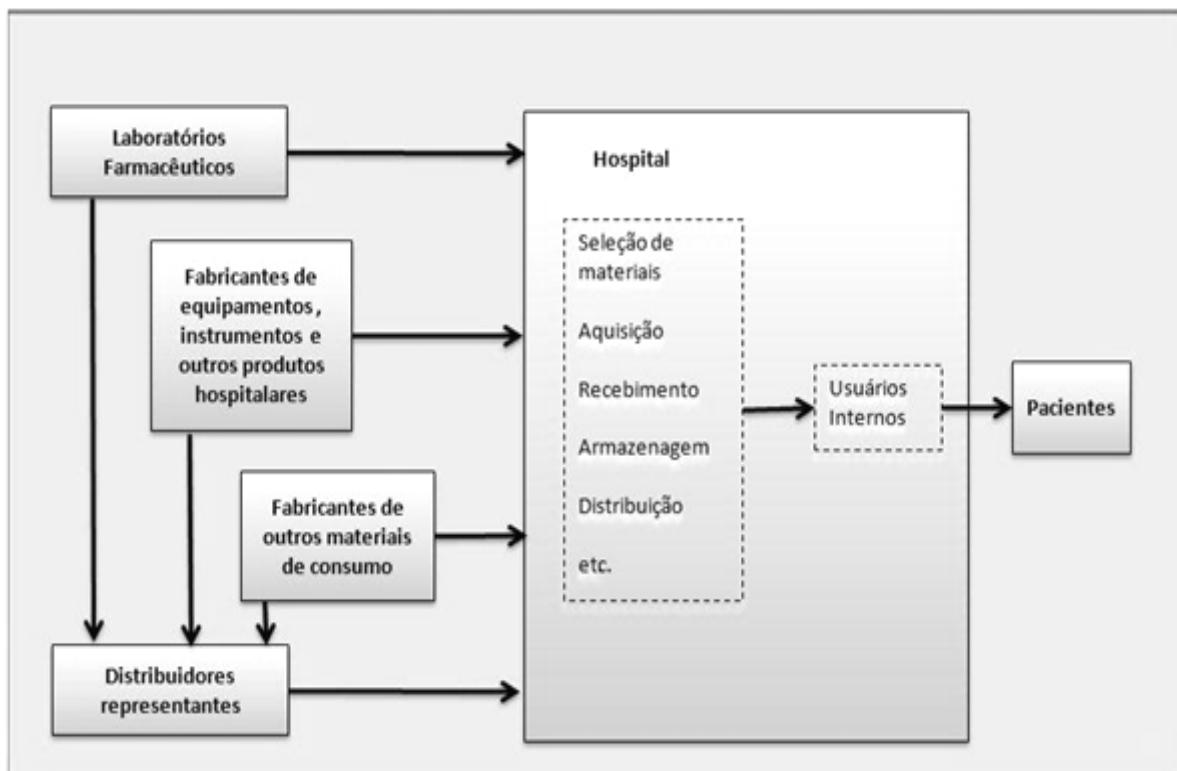


Figura 15- Cadeia de suprimentos de um hospital

Fonte: Barbieri (2006)

A logística não é capaz isoladamente de proporcionar os ganhos necessários para manter a competitividade dessas organizações, e é pouco frequente sua aplicação nas organizações de saúde, percebendo-se uma grande oportunidade para demonstrar como o desenvolvimento desse processo permite a redução de custos e aprimoramento das questões operacionais.

Infante e Santos (2006, pág. 1) deixam claro essa relação conforme apresentado abaixo:

"Materiais e logística são, juntamente com recursos humanos e administração financeira, fatores críticos para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional da organização hospitalar. Entretanto, embora a irregularidade do abastecimento e a "falta de material" sejam problemas frequentes em serviços públicos de saúde e tenham significativos impactos negativos sobre seus desempenhos e imagem junto aos profissionais e à população, a discussão sobre processo logístico, abastecimento e cadeia de suprimentos está notadamente ausente da literatura nacional."

Para Medeiros et al. (2009, pág 67),

"Ao se discorrer sobre as atividades de logística hospitalar interna nos hospitais (sejam eles públicos ou privados) podem-se analisar todas as atividades que envolvem seus processos, como, por exemplo, a solicitação de materiais, o processo de compra, o recebimento das mercadorias compradas, a conferência, o cadastro de entrada das mercadorias no almoxarifado, o armazenamento adequado das mercadorias, o recebimento das solicitações de consumo dos setores, a preparação do pedido, a entrega do material solicitado e o registro da saída dos materiais. Para cada uma das atividades supra-relacionadas, deve-se avaliar o seu grau de importância e a melhor forma de organização, a fim de que se possa construir um bom gerenciamento de materiais à logística hospitalar e, consequentemente, contribuir para a redução dos custos destas instituições."

A importância para a atividade hospitalar é melhor demonstrada segundo Machline (2007, pág. 2):

"[...] revela que os itens de consumo representam tipicamente 25% dos custos totais. O pessoal, incluindo os encargos, responde por 50% dos custos. Ouvimos que, na Santa Casa de São Paulo, esse item chega a 65% dos custos totais e 23% é a fatia dos materiais de consumo. Serviços de terceiros constitui uma rubrica em crescimento, por força dos avanços da terceirização, e já alcança 20%. Os outros custos, perfazendo 5%, são: energia elétrica, água, gás, depreciação do equipamento, despesas financeiras e alguns impostos e taxas."

Os materiais de consumo, que representam 25% dos custos totais, somados ao custo de terceiros, outros 20%, juntos, já perfazem 45% dos custos totais, representando quase metade do comprometimento dos custos das empresas de saúde. O autor complementa a afirmação, desmembrando esses custos a seguir:

“Dentro dos materiais de consumo, os medicamentos apontam menos da metade dos 25%, ou seja, a cerca de 10%. Os materiais médico-hospitalares, incluindo próteses, chegam também a 10%. Os restantes 5% são alimentos, roupas, material de limpeza, reagentes, impressos, papel, peças de reposição e material administrativo e de informática. Ao todo, gerenciam-se cerca de 2500 a 5000 itens diversos, conforme o tamanho do hospital.” (Machline, 2007, pág. 3)

A gestão da cadeia de suprimentos vem oferecendo vantagens operacionais e de nível de serviço para as empresas de diversos segmentos de negócio, com ganhos no âmbito de seu mercado de atuação; no campo hospitalar, as empresas que estão adotando essa prática começam a obter vantagens competitivas importantes na gestão de seus recursos e na relação com seus fornecedores.

A cadeia de suprimento de um hospital envolve medicamentos e equipamentos em geral. Abastecer um hospital não é algo fácil, a importância dos materiais no hospital não é medida somente pelo valor econômico, mas sim pela prestação dos serviços ao paciente. “Uma cadeia de suprimento é um conjunto de unidades produtivas unidas por um fluxo de materiais e informações com o objetivo de fazer as necessidades de usuários ou clientes específicos”. (Barbieri, 2006, pág. 4).

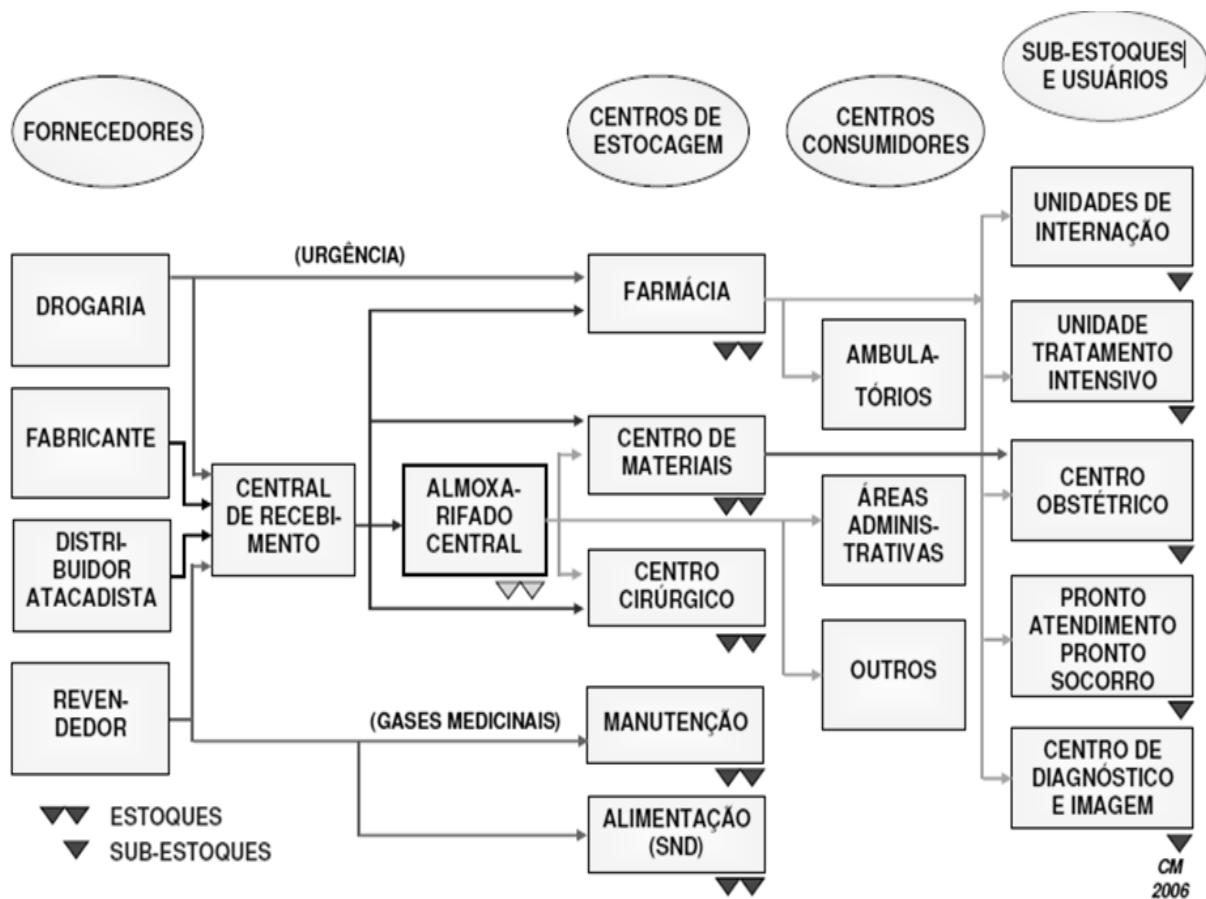


Figura 16 - Fluxo físico de materiais em hospitais  
Fonte: Machline (2007)

A complexidade das operações de serviço é um fator que exige dos hospitais um incremento na dedicação para a aplicação dos conceitos relacionados à logística e gestão da cadeia de fornecimento, porém, não podem ser vistos como limitantes.

"Conforme DAFT (2002), "uma das maiores mudanças que estão ocorrendo na tecnologia das organizações é o crescimento do setor de serviços. A porcentagem de força de trabalho empregada no setor fabril continua a declinar nos Estados Unidos, mas também no Canadá, Alemanha, França. Nos Estados Unidos os serviços agora geram 74% do Produto Interno Bruto, e são responsáveis por 79% de todos os empregos"."

Entre os diversos ganhos que podem ser obtidos com a gestão do sistema logístico, está a possibilidade de atenuar os custos envolvidos no estoque de mercadorias, aliviando o capital de giro envolvido na atividade.

Para compreender a importância do estoque na corporação do ponto de vista logístico, as decisões que envolvem estoques representam alto risco e alto impacto para as empresas. (BOWERSON e CLOSS, 2001, pág. 223).

A boa gestão dos aspectos logísticos e da cadeia de suprimentos pode impactar sobre as questões ligadas à vida humana, e a atividade hospitalar é passível de uma grande discussão quanto à eficiência e desempenho oferecidos.

Entre as características das atividades de suprimentos ligadas às empresas hospitalares, conforme Barbieri e Machline (2009), são:

Seleção de materiais: esse tipo de atividade abrange a especificação dos materiais, além de unificar e definir novos tipos de materiais a serem utilizados pela troca dos que estão sendo utilizados.

Gestão de estoques: neste tipo de atividade, a questão envolvida é a previsão de demanda, além da operação de reposição de estoque.

Compras ou aquisições: envolve questões como seleção, avaliação e desenvolvimento, negociação de fornecedores. Além do acompanhamento das compras.

Armazenagem: As atividades de armazenagem dizem respeito a recebimento de materiais, guarda, salvaguarda, segurança e a distribuição aos clientes finais.

Em uma fábrica, a falta de material pode comprometer o custo de um produto através da ruptura do fluxo produtivo, facilmente reparado em lotes posteriores a serem oferecidos, enquanto na atividade hospitalar, esse critério transcende o âmbito da efetividade e compromete o elemento ligado à vida humana, o que sem sombra de dúvidas é de suma importância.

Apesar de não se conceber que a falta de materiais seja um fato aceitável para uma organização de atividade hospitalar, é importante observar o que apresenta Lourenço e Castilho (2006, pág. 1):

“As instituições hospitalares são consideradas organizações complexas porque envolvem muitos profissionais com diferentes conhecimentos, habilidades e responsabilidades. Durante o desempenho das atividades profissionais nas instituições hospitalares, principalmente, nas públicas, os enfermeiros deparam-se frequentemente, com problemas de falta de material de consumo nas unidades do hospital. Muitas vezes, na tentativa de minimizar esse problema, ocorrem empréstimos de materiais entre as unidades hospitalares. No entanto, nem sempre isso é possível, porque há falta de material em todas as unidades, devido ao déficit no estoque do almoxarifado central. A falta de um material de consumo nas unidades hospitalares, além de causar estresse na equipe multiprofissional, leva à descontinuidade da assistência prestada e consequentemente, danos ao paciente.”

No segmento hospitalar, o estoque não adquire menor importância, sendo um elemento preponderante para a realização da atividade, ressaltando-se o grau de imprevisibilidade dos procedimentos a serem executados e a dificuldade para se gerar encomendas posteriores à demanda.

Caracterizada pelo fundamento da disponibilidade para a prestação do serviço hospitalar, deve-se frisar a representatividade dos estoques de materiais hospitalares na condução da prestação desse serviço, pois os procedimentos envolvem a aplicação de insumos para sua efetivação. Para SIMONETTI, NOVAES e GONÇALVES (2007), estudos demonstram que os suprimentos, incluindo-se os medicamentos, são responsáveis por até 54% dos custos hospitalares, sendo duas as variáveis ligadas a essa composição, definidas pela quantidade de produtos armazenados e seu tempo de permanência nos estoques.

Infante e Santos (2007, p. 946) corroboram essa ideia através dos dados:

“Dados sobre a participação dos materiais hospitalares (inclusive medicamentos) no orçamento dos hospitais no Reino Unido indicam que ela pode corresponder de 13 a 17% dos custos hospitalares, não diferindo substancialmente das estimativas nacionais, de 15% a 25.”

Diversas pesquisas apontam a economia potencial e os ganhos de qualidade na assistência, advindos da racionalização do sistema de abastecimento, destacando a importância de incorporar os conceitos de logística e cadeia de suprimentos para organizar o sistema produtivo do hospital.

Essa afirmação vem ao encontro ao cenário para o desenvolvimento de aplicações e técnicas que possam intervir de forma positiva e materializar-se em aprimoramentos para os processos e procedimentos aplicados ao segmento de saúde, principalmente na atividade hospitalar.

Os bens materiais podem ser caracterizados de duas formas: os de consumo e os bens patrimoniais. Os de consumo dizem respeito a materiais que serão utilizados diretamente como: especialidades farmacêuticas; fios cirúrgicos; materiais de limpeza; gases hospitalares entre outros. Os bens patrimoniais descrevem o bem propriamente empregado para que os bens de consumo sejam utilizados, como: prédios; ambulâncias; móveis e utensílios; incubadoras entre outros. Para isso há uma constante preocupação para a preservação desses bens

patrimoniais, e para a circulação e andamentos dos bens de consumo. (BARBIERI e MACHLINE, 2009).

A figura a seguir mostra a relação dessas atividades.

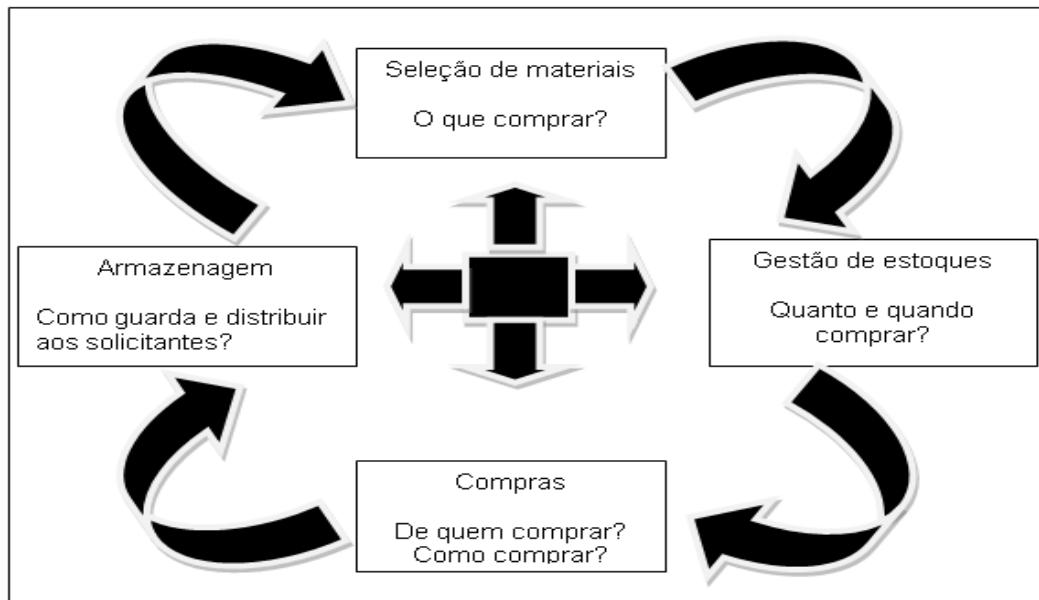


Figura 17 - Administração de materiais: famílias de atividades.

Fonte: BARBIERI e MACHLINE (2009, p. 7)

Beer, Diniz e Todaro (2004), relatam o ganho potencial com a aplicação de ferramentas que visem o aprimoramento dos processos logísticos e da cadeia de abastecimento:

“Um estudo realizado pela *Dextron Management Consulting* sobre a prática de SCM em 150 empresas, apontou que 23% das empresas já implementaram ou estão implementando o SCM. A maioria das empresas que implementaram a ferramenta, (72%) afirma ter obtido ganhos diretos e imediatos com o SCM. Esses ganhos se traduzem em redução dos custos por má qualidade, perdas e desperdício; rastreamento e tratamento das perdas advindas do mau atendimento; rastreamento dos insumos que influenciam o preço e a qualidade do serviço/produto. Para 38% das organizações pesquisadas, o SCM pode representar ainda maiores oportunidades de redução de custos e geração de valor em médios e longos prazos.”

Na maioria das organizações, o ambiente de escassez de recursos e redução dos ciclos operacionais vem sendo alvo de uma busca incessante de metodologias que possam contornar tais atipicidades e a atividade hospitalar também é merecedora de acréscimos em seu desempenho, pela sua representatividade de ordem econômica e importância no contexto de atendimento à sociedade.

WANKE (2004) salienta a importância das organizações de atividade hospitalar, reafirmando o significado dos estoques para o hospital:

"A gestão de estoques em organizações de saúde – hospitais, clínicas, centros médicos e almoxarifados – vem passando, nos últimos anos, por profundas transformações, principalmente nos EUA, União Européia e Sudeste Asiático. É sabido nessas regiões que o custo total associado à gestão de estoques de medicamentos pode representar entre 35 e 50% do custo operacional total numa organização privada de saúde e pode consumir entre 16 e 28% do orçamento anual de um hospital com mais de 50 leitos. Em 1994, os custos relacionados à gestão de estoques num típico hospital norte-americano alcançaram US\$ 16,7 milhões/ano."

O uso de tecnologias de informação que possam minimizar esses impactos é fundamental para o ganho de competitividade. A gestão da informação e a adequação dos elementos tecnológicos atribuídos ao processo podem constituir o diferencial necessário para a eficiência dos sistemas logísticos de suprimentos, embora muitas dificuldades ainda estão disponíveis em seu entorno, tal situação nas empresas de âmbito hospitalar pode ser percebida conforme a afirmação de ESCRIVÃO JÚNIOR (2006, pág. 658):

"A profissionalização da gestão na área de saúde deixou de ser uma vantagem competitiva ou um diferencial da instituição, tornando-se um determinante básico, como na maioria dos outros setores da economia. Porém, a ideia de gerir baseando-se em informação ainda não foi assimilada completamente nesse setor. Impõe-se, portanto, perguntar: com tantos recursos disponíveis nesta nossa "era da informação", como explicar que a falta de comunicação e disseminação de informação ainda seja uma barreira para um adequado processo de tomada de decisão? Por que os gestores enfrentam tanta dificuldade para partilhar seus conhecimentos? Parece ser bastante claro que este não é um problema somente de tecnologia de informação, e sim humano."

O aprimoramento dos modelos de relacionamento e integração da cadeia de suprimentos, conforme discutido, pode contribuir na redução dos custos relacionados ao negócio. O principal enfoque para a definição de uma sistemática para medir o grau de integração entre empresa e fornecedor, praticada pelas organizações hospitalares, deve ir além da análise dos impactos do grau de relacionamento, mas também contemplar as vantagens obtidas na condução das operações de negócio.

Um levantamento realizado pela Escola de Medicina da Universidade de São Paulo ressalta os aspectos atuais relacionados aos custos hospitalares no Brasil.

Tabela 11- Distribuição das despesas hospitalares

Descrição	Hospitais privados não lucrativos	Hospitais privados lucrativos	Hospitais públicos	Média Geral
Pessoal	48,8%	45,3%	55,3%	49,8%
Consumo de materiais	32,8%	37,5%	27,8%	32,7%
Custos e despesas gerais	18,4%	17,2%	16,9%	17,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: PROAHSA (2011)

Segundo Barbieri e Machline (2009, p.8) “[...] é necessário saber quais materiais serão utilizados pela organização para depois decidir sobre quanto e quando comprá-los, de quem comprá-los e como armazená-los e distribuí-los corretamente aos solicitantes”.

Paulus Jr (2005) apud Pontes et al.. (2008, p.6) explicita que,

“[...] os principais objetivos do setor de suprimentos de materiais e medicamentos de um hospital são a manutenção da continuidade e qualidade do atendimento, o baixo custo de aquisição, a alta rotatividade e controle dos estoques, a qualidade dos itens adquiridos, a maximização do retorno sobre o investimento e a otimização dos recursos envolvidos no abastecimento.”

Isso reflete na necessidade de uma integração maior dos setores de suprimentos hospitalares e os atores da cadeia, pois suas decisões afetaram todo o hospital, principalmente financeiramente, impactando em suas atividades

Dessa forma espera-se construir um modelo de análise que demonstre o grau de integração entre as empresas do setor hospitalar, conferindo à gestão desses recursos um realinhamento estratégico e um maior comprometimento dos atores da cadeia.

## 4.3 O MERCADO E SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro é um dos maiores do mundo, colocando-se como o sétimo mercado mundial, dessa forma, a caracterização e a compreensão desse amplo sistema é fundamental para a aplicação da pesquisa que será apresentada.

### 4.3.1 GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi constituída em 7 de abril de 1948, data da comemoração do Dia Mundial da Saúde. A OMS é responsável por coordenar a saúde nas Nações Unidas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012):

*“La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es La responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar La agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en La evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.”*

A Organização Mundial da Saúde possui uma assembleia geral composta por 34 membros da saúde, reunindo em Genebra, Suíça, com participações de 193 Estados membros da OMS.

São mais de 8.000 (oito) mil pessoas trabalhando para OMS, em mais de 150 países, nos aproximadamente 147 escritórios nacionais, seis regionais mais a sede, contando com pessoal de diversas áreas como médicos, cientistas, economistas, especialistas em saúde, administradores entre outros. OMS (2012)

Outro órgão importante na gestão de saúde é à Organização Pan-Americana de Saúde, com um século de vida, sendo um organismo Internacional de Saúde Pública, destinado a aperfeiçoar a qualidade da saúde nas regiões das Américas.

Atua como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, além de ser membro dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas. OMS (2012).

A organização busca o envolvimento dos países da América em ações que contribuam para o fortalecimento da saúde da população, atuando para o seu aprimoramento e diminuindo os índices de doenças, tanto infectocontagiosas como outras, principalmente da população mais vulnerável, ou seja, pobres, crianças, idosos entre outros que não possuem o acesso básico à saúde.

“... sua missão é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar expectativa de vida dos povos das Américas”. OMS (2012).

#### **4.3.2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

O sistema de saúde brasileiro surgiu a partir da previdência social. O marco legal deu-se em 1923, com a Lei Eloy Chaves que instituindo o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Nesse sistema os trabalhadores das empresas de estrada de ferro e seus familiares tinham direito à assistência médica, aos medicamentos a preços especiais, às aposentadorias e às pensões.

A atuação do poder público, que era fexterna, não acompanhou o rápido crescimento das CAPs, não havia monitoramento do seu funcionamento. Em 1930, no governo Vargas, as CAPs foram unificadas e deram origem aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A assistência médica dos IAPs e das CAPs remanescentes era praticamente a única disponível entre os anos 1930 e 1945, não havia prestação de serviços públicos de saúde para a população não inserida no mercado formal de trabalho. O atendimento aos pobres, indígenas e trabalhadores informais era prestado apenas por instituições filantrópicas, as Santas Casas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR– ANS 2011).

Nos anos 1950, como as prioridades do Estado eram o progresso e o desenvolvimento, o processo de industrialização acelerado levou as indústrias a se preocuparem cada vez mais com a saúde dos trabalhadores, visto que a produção não podia parar. Muitas empresas possuíam serviços próprios de atendimento, ou reembolsava os empregados quando eram atendidos por provedores privados. A

reforma administrativa iniciada com o Decreto de Lei nº 200 estimulou o crescimento do setor privado, pois tornou viável a contratação de empresas para executar programas de responsabilidade do Estado.

No governo militar de 1967, os IAPs foram fundidos e deram origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (HASS, 2003, p. 22). A assistência foi estendida aos trabalhadores informais e empregadores individuais, porém o INPS não suportou atender toda a demanda, sendo obrigado a contratar a rede privada de estabelecimento de saúde. Em 1974, o INPS foi desdobrado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, 2011).

Nos anos de 1980, os serviços foram descentralizados para os Estados, o que acarretou em perda de qualidade e aumento da demanda para a assistência suplementar. Nesse período, o INAMPS estava esgotado, e foi extinto e posteriormente em 1990, o Ministério da Saúde assumiu suas atribuições. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em 1988, teve início a nova ordem jurídica, assentada na Constituição Federal – CF, que definiu o Brasil como um estado democrático de direito, proclamou-se a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo os canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantiram o direito individual e social.

De acordo com o Art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Estado permite a iniciativa privada a prestação de serviços de assistência a saúde.

“Os serviços privados de assistência a saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 surgem e se consolidam os chamados ‘seguros’ de saúde. Foram necessários 10 anos de discussões e de negociações entre os principais agentes do mercado, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, para formalizar os marcos da regulação e da regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil.” (ANS, 2011)

O Brasil sempre enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e

industrial quanto a saúde preventiva, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas também pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE – FUNASA 2011).

Nesse âmbito, Bettoli (2006, pág. 29) aponta que:

“Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento no desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”

A saúde tem como premissa básica o exercício da cidadania do ser humano, constitui relevância para a sociedade, pois diz respeito à qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos segundo as leis.

#### **4.3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participa desse sistema apenas de maneira complementar.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a nortear-se pela descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Na publicação do Ministério da Saúde MS (2006, pág. 4) foram reunidas informações essenciais sobre o Sistema Único de Saúde e apresentadas a seguir:

- Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.
- A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada).
- O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.
- Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual.
- O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.
- A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).
- O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios.
- Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).
- Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o resarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios.

Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.

- Os estados e municípios receberão os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS.

Esses apontamentos salientam as questões ligadas ao SUS, para facilitar a compreensão das bases desse sistema, a fim de promover as devidas distinções entre a União, estado, municípios, organizações não governamentais e as instituições privadas.

#### **4.3.4 MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, o Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Sua finalidade é promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo Mesa-Lago (2007, p. 119):

“O Ministério da Saúde é o coordenador nacional do SUS. Em negociações com os estados e municípios através de um Conselho Nacional com representantes dos três níveis, desenha políticas e programas, aporta a maioria do financiamento público, e detecta insuficiências e emergências locais ou regionais, promovendo ações focalizadas e regulando, supervisionando e avaliando o sistema. A regulação federal inclui o setor privado: controle de qualidade e preços dos planos e seguros de saúde, e mecanismos para recuperar custos de serviços utilizados no SUS.”

Dentre as unidades que compõem e auxiliam o Ministério da Saúde estão:

- Secretaria Executiva – SE
- Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
- Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
- Gestão Estratégica e Participativa – SGEP

- Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE
- Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES

#### **4.3.5 AUTARQUIAS**

As autarquias, juntamente com as empresas públicas e sociedades de economia mista, integram a administração pública indireta, sendo as primeiras, pessoas jurídicas de Direito Público e, as segundas, de Direito Privado. Surgem a partir da ideia de descentralização dos serviços públicos do Estado, com as seguintes características: pessoa jurídica de direito público, criada por lei, com capacidade de autoadministração, para o desempenho do serviço público descentralizado, mediante controle administrativo, ou tutela, do ente público que a criou e exercido nos limites da Lei.

#### **ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária:**

Tem como finalidade institucional promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias e eles relacionados.

“A ANVISA promove e protege a saúde da população e intervêm nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal, de acordo com os princípios do SUS, para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.” (ANVISA, 2011)

Sua visão é ser legitimada pela sociedade como uma instituição integrante do Sistema Único de Saúde, ágil, moderna e transparente, de referência nacional e intelectual na regulação e no controle sanitário.

## **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**

A ANS foi criada através da Lei 9.961/2000 e promove a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, para regular as operações setoriais inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores a fim de contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2011).

### **4.4 EMPRESA PÚBLICA**

#### **HEMOBRÁS – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia**

A HEMOBRÁS é uma estatal vinculada ao Ministério da Saúde que trabalha para tornar o Brasil autosuficiente no setor de derivados do sangue, com a produção de medicamentos essenciais à vida de pessoas com hemofilia, além de portadores de imunodeficiência genética, cirrose, câncer, AIDS e queimados. Com sede em Brasília, essa empresa tem papel estratégico para o SUS e para o fortalecimento do complexo industrial da saúde no país. É capitalizada por recursos da União e do estado de Pernambuco onde tem filial (HEMOBRÁS, 2011).

#### **4.4.1 FUNDAÇÕES PÚBLICAS**

##### **FUNASA – Fundação Nacional de Saúde**

Compete a FUNASA a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS). Essas atribuições referem-se ao processo de produção, integração, interpretação de informações, visando o conhecimento dos problemas de saúde relacionados aos fatores ambientais e execução de ações relativas às atividades de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças.

É responsável por gerenciar os suprimentos voltados a saúde, bem como distribuí-los e controlar a qualidade das vacinas, soros e reagentes demandados pelo país (art. 16, inciso 111, alínea b, VIII e X, da Lei nº 8.080/1990). A principal

missão dessa fundação é realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão, em consonância com o SUS (FUNASA, 2011).

### **FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz**

A FIOCRUZ nasceu com a missão de combater os grandes problemas da saúde pública brasileira. Para isso, moldou-se ao longo de sua história como centro de conhecimento da realidade do país e de valorização da medicina experimental. Esta instituição é vinculada ao Ministério da Saúde, abrigando atividades que incluem o desenvolvimento de pesquisas, a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais de referência em saúde, a fabricação de vacinas, medicamentos, reagentes e kits de diagnóstico, o ensino e a formação de recursos humanos, a informação e a comunicação em saúde, ciência e tecnologia de programas sociais. (FIOCRUZ, 2011)

#### **4.4.2 INSTITUTOS**

##### **INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**

O INTO foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde como órgão normatizador de procedimentos em ortopedia no país. Teve como pioneirismo o Programa de Osteoporose Masculina (PROMA), cujo objetivo foi quantificar as vítimas da doença, e a estruturação do Centro de Pesquisa em Terapia Celular e Bioengenharia (CTCel), para investir em estudos e práticas relacionadas à regeneração óssea com utilização de células-tronco, sendo o primeiro núcleo de pesquisas ortopédicas instalado dentro de uma unidade pública brasileira (INTO, 2011).

## **INCA – Instituto Nacional de Câncer**

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento das pesquisas e geração de informação epidemiológica. O INCA coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina, o Centro de Pesquisas em Imagem Molecular (CPIM).

## **INC – Instituto Nacional de Cardiologia**

Esse instituto, como os demais, é vinculado ao Ministério da Saúde, oferece serviços diferenciados na investigação diagnóstica e no tratamento das doenças cardiovasculares, que é o foco de sua atividade principal (INC, 2011).

### **4.4.3 ÓRGÃOS COLEGIADOS**

#### **CNS – Conselho Nacional de Saúde**

O CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Também vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde.

É de competência CNS, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar sua execução orçamentária. Também cabe ao conselho a

responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde (PNS) (CNS, 2011).

#### **4.5 A ATIVIDADE HOSPITALAR NO BRASIL**

Para caracterizar as empresas de atividade hospitalar brasileiras é preciso buscar na legislação os principais pontos que integram o sistema de saúde no país, por ser um sistema complexo e predominar dois tipos de sistema: o público e o privado, sendo de grande relevância conceituar.

Segundo a Constituição Federal de 1988:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O Estado deve formular políticas que dispõem sobre a saúde da população a fim de contribuir para a melhoria do indivíduo, garantindo a integridade dos que precisam de assistência à saúde.

Para começar a defini-los, partimos segundo Scarazatti (2008, pág. 5)

“O Hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico - sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psico-social.”

Caracterizam-se os hospitais brasileiros como públicos e privados, sendo que o hospital público consiste aquele pertencente à União, Estados e Municípios mais o Distrito Federal, que segundo Ministério da Saúde (1985):

“Hospital que integra o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias,

fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado)."

Um hospital privado é constituído por capital particular, não integrando o domínio público, e segundo a Constituição Federal de 1988:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Com base nesses elementos é possível separar as empresas de atividade hospitalar em:

**Hospital geral:** voltado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino).

**Hospital especializado:** destinado a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica.

**Hospital dia:** modalidade de atendimento em hospital em que o paciente utiliza, com regularidade, os serviços da instituição, na maior parte do dia, para fins de tratamento e/ou reabilitação.

**Hospital noite:** o paciente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, durante o período noturno.

**Hospital de curta permanência:** média de permanência de pacientes internados não ultrapassa 30 (trinta) dias.

**Hospital de longa permanência:** média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 (trinta) dias.

**Unidade sanitária:** destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população, em área geográfica definida, sem internação de pacientes, podendo, como atividade complementar, prestar assistência médica a pessoas.

**Posto de saúde:** Unidade sanitária, simplificada, destinada a prestar assistência médico sanitária a uma população, contando com controle e supervisão médica periódica.

**Centro de saúde:** unidade sanitária, complexa, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com ambulatórios para assistência médica permanente.

**Unidade mista:** estabelecimento de saúde com as características de Unidade Sanitária, acrescido de leitos para internação de pacientes, basicamente, em clínica pediátrica, obstétrica e médico-cirúrgico de emergência.

**Posto de assistência médica:** estabelecimento de saúde para assistência médica ambulatorial sem serviços médicos especializados.

**Policlínica:** voltada para assistência médica ambulatorial, com serviços médicos especializados.

**Hospital local:** destinado a servir à população de determinada área geográfica, prestando, o mínimo, assistência nas áreas básicas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e de emergência.

**Hospital distrital:** hospital geral que, além de prestar assistência médica-cirúrgica própria de hospital local a uma população determinada, presta serviços mais especializados a pacientes encaminhados de sua e de outras localidades, enviando pacientes necessitados de assistência mais complexa a um hospital de base.

**Hospital de base:** hospital geral destinado a constituir-se em centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes

encaminhados de Hospitais Distritais, além da assistência médico-cirúrgico própria de hospital local.

**Hospital de ensino ou hospital universitário:** hospital geral com as características e funções do Hospital de Base, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde, como centro de formação profissional.

**Hospital de corpo clínico fechado:** não se permitem, em rotina, atividades de outros profissionais, que não os integrantes do próprio Corpo Clínico.

**Hospital de corpo clínico aberto:** mesmo tendo Corpo Clínico estruturado, permite, a qualquer profissional habilitado da comunidade, internar e tratar seus pacientes.

**Hospital de corpo clínico misto:** hospital que, mesmo tendo Corpo Clínico fechado, faz concessão, por cortesia, a outros profissionais, para internar e assistir seus pacientes.

**Hospital estatal ou pré-estatal:** aquele que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo Poder Público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).

**Hospital privado ou particular:** integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público.

**Hospital beneficente:** integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços para seus associados e respectivos dependentes, cujos atos de constituição especifiquem sua clientela, que não remunere os membros da sua diretoria, que aplique integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais e cujos bens, no caso de sua extinção, revertam em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou ao Poder Público.

**Hospital filantrópico:** integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito,

organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção (Ministério da Saúde 1983, p. 9-12).

Para um hospital consistir em entidade filantrópica é necessário que se cumpra dois requisitos a escolha da instituição: o primeiro se refere à, no mínimo, 60% das internações serem realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou aplicar uma porcentagem da receita bruta, variando entre 5% a 20% em atendimento gratuito, caso o primeiro não seja possível. Hoje esse setor de prestação de serviço à saúde representa 1/3 dos leitos existentes no Brasil. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Nesse conceito, estão os ambulatórios, pois segundo o Ministério da Saúde (1985, pág.10) podem ser definidos como: “[...] local onde se presta assistência a clientes, em regime de não-internação”.

A figura a seguir procura resumir os tipos de hospital classificados pelo Ministério da Saúde no Brasil.



Figura 12: Figura 18- Classificação geral dos hospitais no Brasil  
Fonte: Elaborado pela autor

## 4.6 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS – COMPLEXIDADE E NÚMERO DE LEITOS

De acordo com o Art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, entretanto, o Estado permite à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde.

“Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 surgem e se consolidam os chamados ‘seguros’ de saúde. Foram necessários 10 anos de discussões e de negociações entre os principais agentes do mercado, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, para formalizar os marcos da regulação e da regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil.” (ANS, 2011)

O Brasil sempre enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial quanto à saúde preventiva, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas também, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE – FUNASA 2011).

Hoje, para se ter uma ideia, quase 62% dos atendimentos do Sistema único de Saúde (SUS) é realizada por hospitais da rede privada, representando mais da metade dos atendimentos, mostrando a importância desses hospitais para o setor.

A figura a seguir mostra a quantidade de hospitais existentes no país:

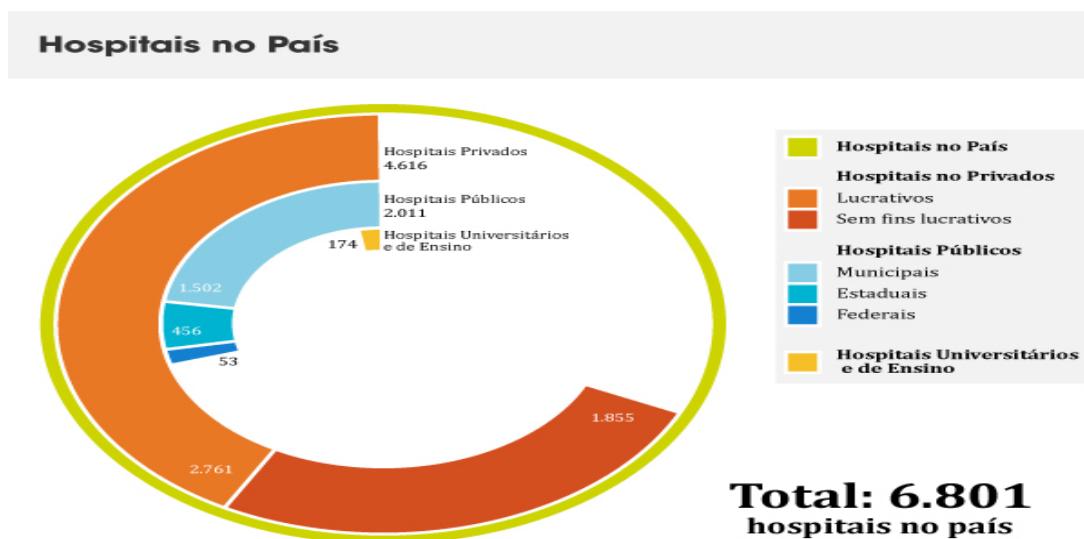


Figura 19 - Total de hospitais no Brasil  
Fonte: CNES (2010).

A importância dos hospitais particulares se mostra significativa para o sistema de saúde existente no país, já que existe uma grande quantidade de hospitais particulares que operam com SUS, representando a maioria dos hospitais que prestam serviço gratuito a população. Através dessas definições e características de hospital público e privado, apresentado anteriormente, é preciso classificá-los de acordo com o seu porte e tipo de serviço oferecido. Para tal, o Ministério da Saúde através da portaria nº2224/GM de 58 de dezembro de 2002, estabelece a seguinte classificação, “Considerando as diferentes características desses hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras.”.

Essa classificação se faz essencial para um planejamento mais eficiente em relação à saúde, principalmente políticas específicas para cada um, a fim de facilitar o atendimento. De acordo com o Ministério da Saúde (2002): “Considerando que a classificação hospitalar se dará a partir do agrupamento dos hospitais com características semelhantes, sistematizando, dessa forma, o conhecimento sobre grupos de hospitais e facilitando a adoção de políticas e de planejamento [...]”.

Essa classificação é valida aos hospitais que são vinculados ao Sistema Único de Saúde. Os hospitais são classificados de acordo com quatro tipos, definidos do art.1 da portaria nº 2224 de 2002:

Para cada tipo de porte do Hospital é seguida uma série de característica que os classificam de acordo como tal; a tabela abaixo mostra essas característica que são consideradas na hora de classificar o hospital de acordo com um dos quatros tipos estabelecido pela portaria nº 2224 de 2002.

Tabela 12 - Componentes de classificação do porte do hospital

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A N.º DE LEITOS.	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLEXIDADE	E URGÊNCIA/EMER-GÊNCIA	F GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚRGICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02	Mínimo 1  Máximo 27
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002)

De acordo com as características apresentadas na tabela acima e com atividades vigentes nos hospitais, será determinado o porte existente na instituição, de acordo com os pontos, recebidos. Segundo o Art. 4º da Portaria nº 2224 de 2002 são:

Art. 4º Estabelecer que o total de pontos obtidos, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, [...].

Porte I- de 01 a 05 pontos

Porte II- de 06 a 12 pontos

Porte III- de 13 a 19 pontos

Porte IV- de 20 a 27 pontos

Quanto à lotação os hospitais dividem-se em:

- Hospital de pequeno porte (até 50 leitos)
- Hospital de médio porte (de 51 a 150 leitos)
- Hospital de grande porte (de 151 a 500 leitos)
- Hospital especial ou de capacidade extra (acima de 501 leitos)

Os termos utilizados pequeno, médio, grande e extra se referem unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com o grau de qualidade, especialização e complexidade de quaisquer tipos de assistência médica prestada aos usuários. (MS, 1977 p. 12)

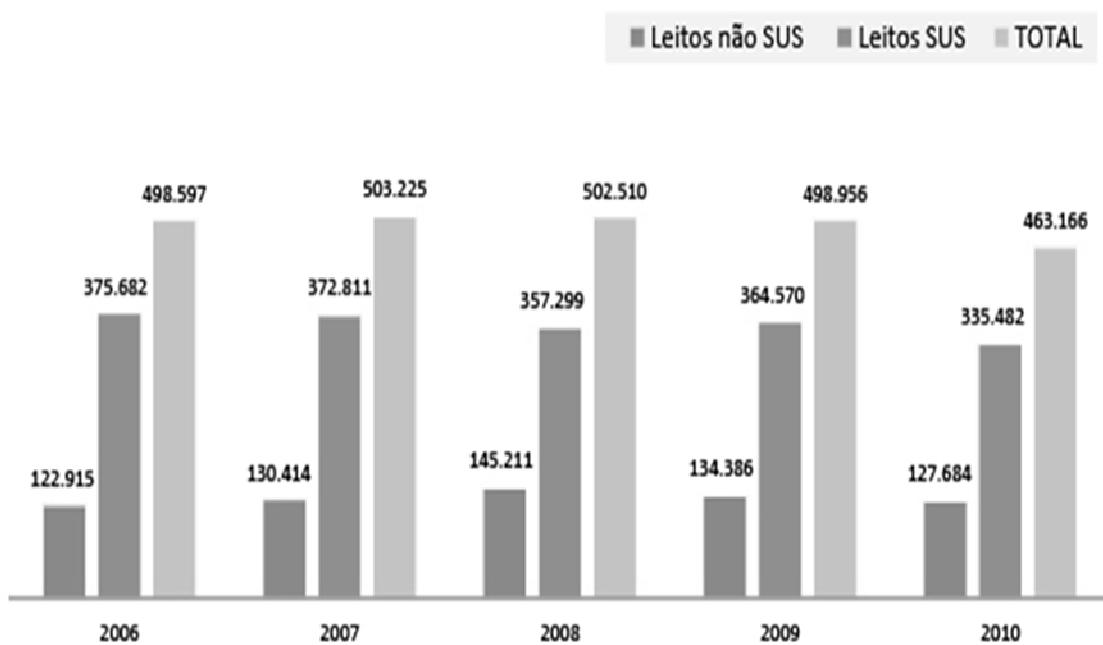


Figura 20 - Leitos de hospitais disponíveis no Brasil  
Fonte: CNES (2010)

É possível compreender melhor os tipos de leitos disponíveis no Brasil, com a figura apresentada a seguir, onde observamos sua destinação:

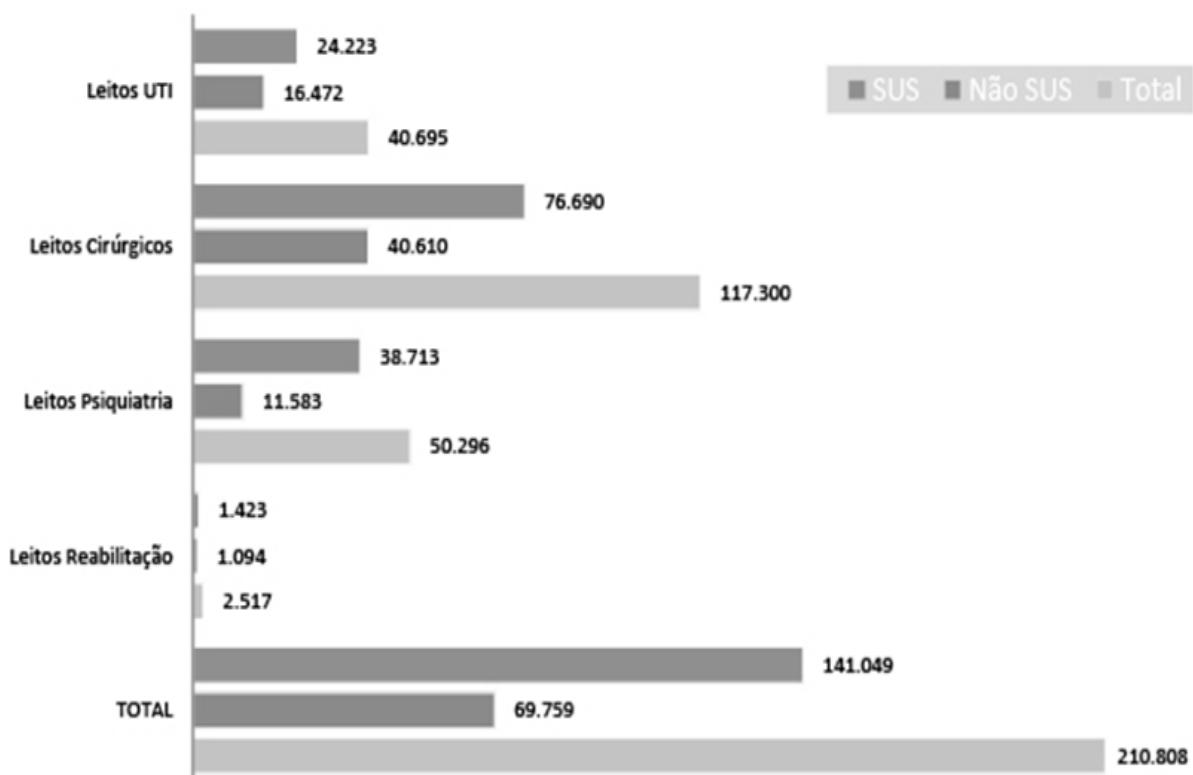


Figura 21 - Tipos de leitos disponíveis no Brasil  
Fonte: CNES (2010)

#### **4.7 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

A partir da década de 80, novos arranjos políticos e econômicos começaram a serem estruturados, e na década seguinte, uma nova configuração se impunha no desenho do sistema de saúde brasileiro. Houve a ampliação da demanda e a reorganização da oferta de serviços de saúde, e as seguradoras de saúde, vinculadas às instituições financeiras, começaram a comercializar seus produtos no mercado brasileiro, sinalizando um processo de privatização da assistência médico-hospitalar no país a partir da relação público privado. (BAHIA 2001, pág. 325)

Segundo MASCARENHAS (2007, pág. 1) a presença do estado na constituição dos planos de saúde público privado ocorreram a partir de:

“[...] limitações de cobertura e dificuldades de entendimento por parte dos consumidores/beneficiários do que efetivamente estaria sendo comprado, quando estes adquiriam um plano de saúde. Estas limitações são gradativamente questionadas, gerando ações judiciais e reação do legislativo através de projetos de lei para a regulamentação deste mercado.”

A Constituição de 1988 permitiu, no artigo 199, a iniciativa privada, a fim de suplementar o serviço público oferecido pelo estado. Nesse contexto, emergem questões referentes à qualidade de saúde oferecida à população, seja pública ou privada.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS 2010, p. 9) quanto ao surgimento e expansão dos planos privados de saúde no Brasil relata que estão intimamente ligados ao mercado formal de trabalho, com predominância de planos coletivos no mercado da saúde suplementar.

Contudo, a partir dos anos 1990, verifica-se um processo de expansão da oferta de planos de saúde pelas operadoras a clientes individuais. Hoje beneficiários de planos individuais representam aproximadamente 21% do total de beneficiários de assistência médica cadastrados junto à ANS.

O mercado de saúde suplementar contou em maio de 2010, com 43,3 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica ou odontológica, dos quais 72,9% são de planos coletivos e 21,3%, 9,3 milhões, estão vinculados a planos individuais (ANS 2010, p. 11).

As tabelas e figuras a seguir demonstram o perfil do setor de saúde privada de 2002 a 2010 no país.

Tabela 13 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2011)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.705.334	2.761.608
dez/01	31.132.361	3.234.364
dez/02	31.105.254	3.788.701
dez/03	31.771.197	4.447.374
dez/04	33.673.600	5.456.603
dez/05	35.010.992	6.133.143
dez/06	36.970.319	7.270.347
dez/07	38.733.419	8.812.718
dez/08	40.714.608	10.320.717
dez/09	42.089.660	12.587.356
dez/10	45.693.122	14.448.890
set/11	47.008.888	16.030.617

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 11

Em junho de 2010, havia 44,0 milhões de vínculos de beneficiários dos planos de assistência médica e 13,6 milhões a planos exclusivamente odontológicos.

As informações apresentadas pelo Caderno de Informações de Saúde Suplementar (2011) contextualizam o crescimento que o setor vem passando ao longo dos anos. Isso representa uma tendência do mercado, já que a rede pública apresenta algumas dificuldades específicas em dar a assistência à saúde necessária à população.

Tabela 14 - Resumo das Operadoras registradas na ANS

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	45	34	11
Registros cancelados (1)	45	30	15
Operadoras em atividade	1.618	1.187	431
Operadoras com beneficiários	1.396	1.024	372

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 11

Como reflexo da alta do seguimento pode-se verificar o percentual de cobertura do setor privado no Brasil de assistência médica de acordo com o mapa da figura 21, a seguir:

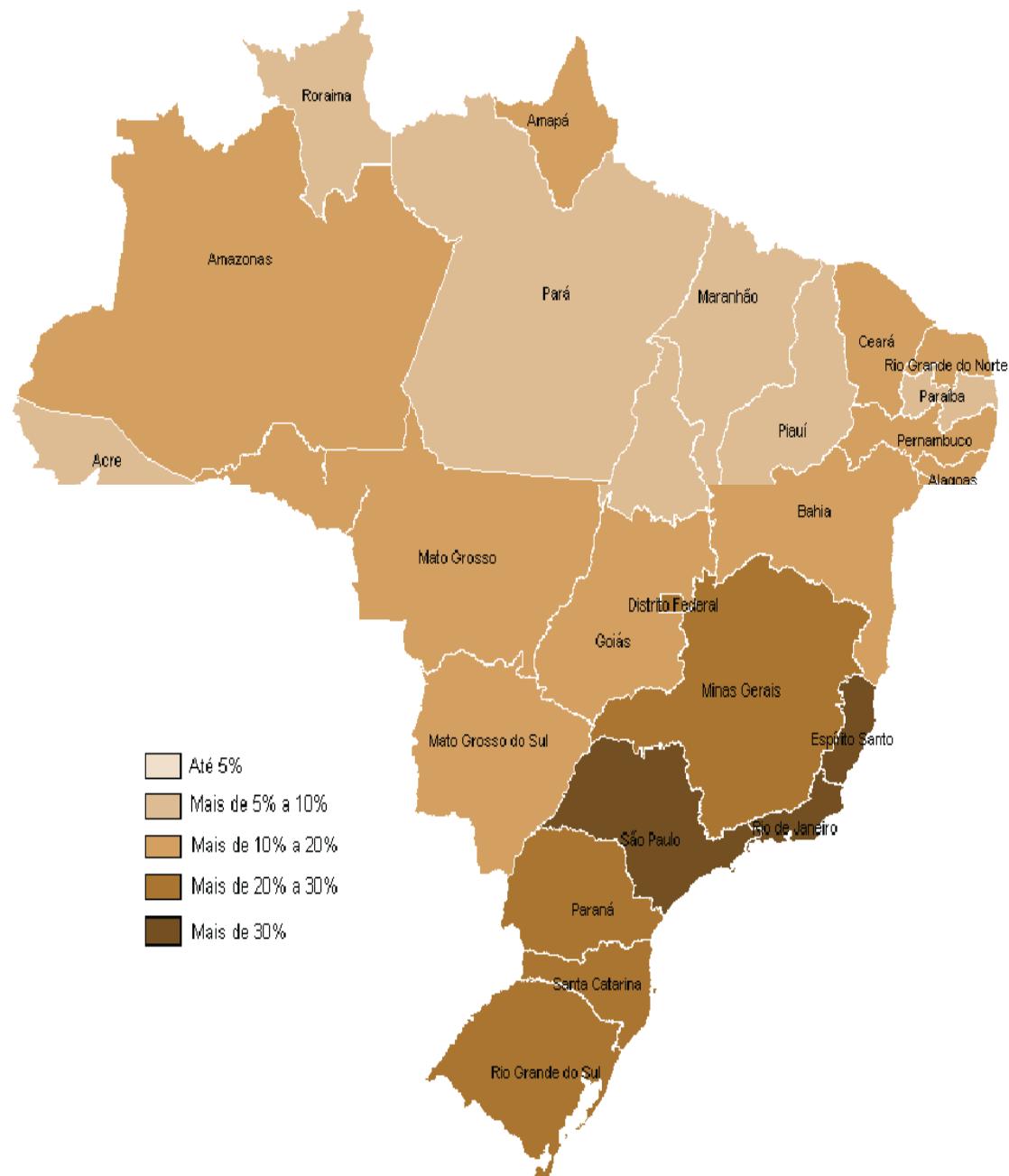


Figura 22- Mapa da taxa de cobertura por planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil – set/2011)

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 20

Os planos exclusivamente odontológicos apresentam quase 31% do mercado de assistência médica privada com seus 13,6 milhões de planos mostrando-se forte no setor.

O objetivo de mostrar esses dados é salientar o quanto a saúde privada vem crescendo no cenário nacional, verificando os aspectos históricos da saúde pública no país até o quadro atual.

O setor de prestação de serviços hospitalares é considerado crítico no mundo inteiro. Apesar da previsão de movimentar mais de US\$ 600 milhões de dólares até 2020, especialistas do setor hospitalar alertam que o sistema de saúde do brasileiro está imerso em uma grande crise que pode levar, brevemente, todo o modelo ao colapso: os altos custos do setor, a forte regulamentação, e principalmente a falta de uma gestão profissional levou o setor hospitalar a uma crise sem precedentes. Inúmeras organizações privadas encerraram suas atividades e o setor público não atende satisfatoriamente a população. (Pontes, 2008)

Na figura 22, a seguir, é apresentada a distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano:

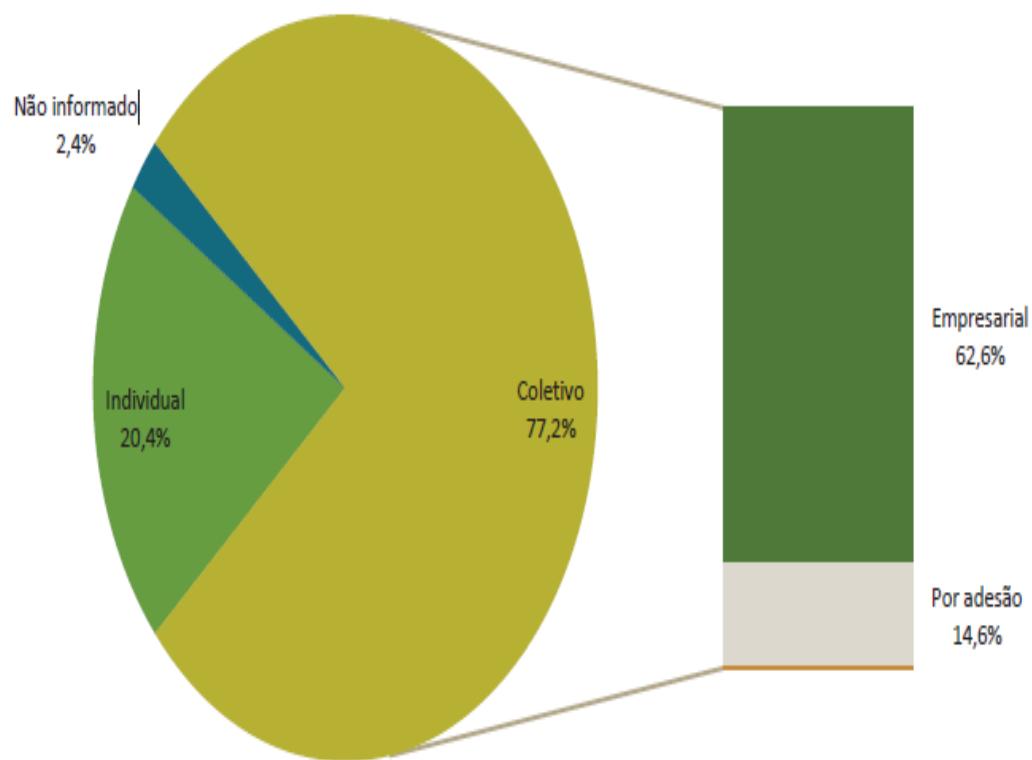


Figura 23- Distribuição percentual dos planos privados de assistência médica por tipo de contratação  
Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 26

O Brasil é considerado o sétimo maior mercado de saúde privada no mundo e o segundo em volume populacional, perdendo apenas para os Estados Unidos. (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2005)

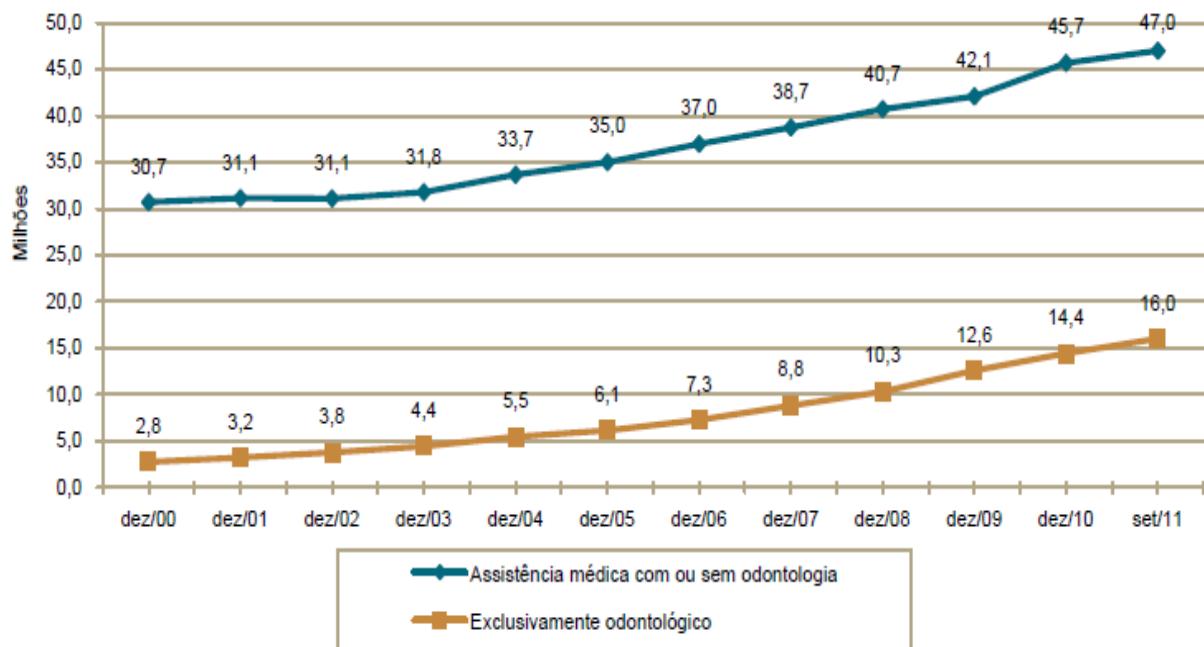


Figura 24 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2010)  
Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 11

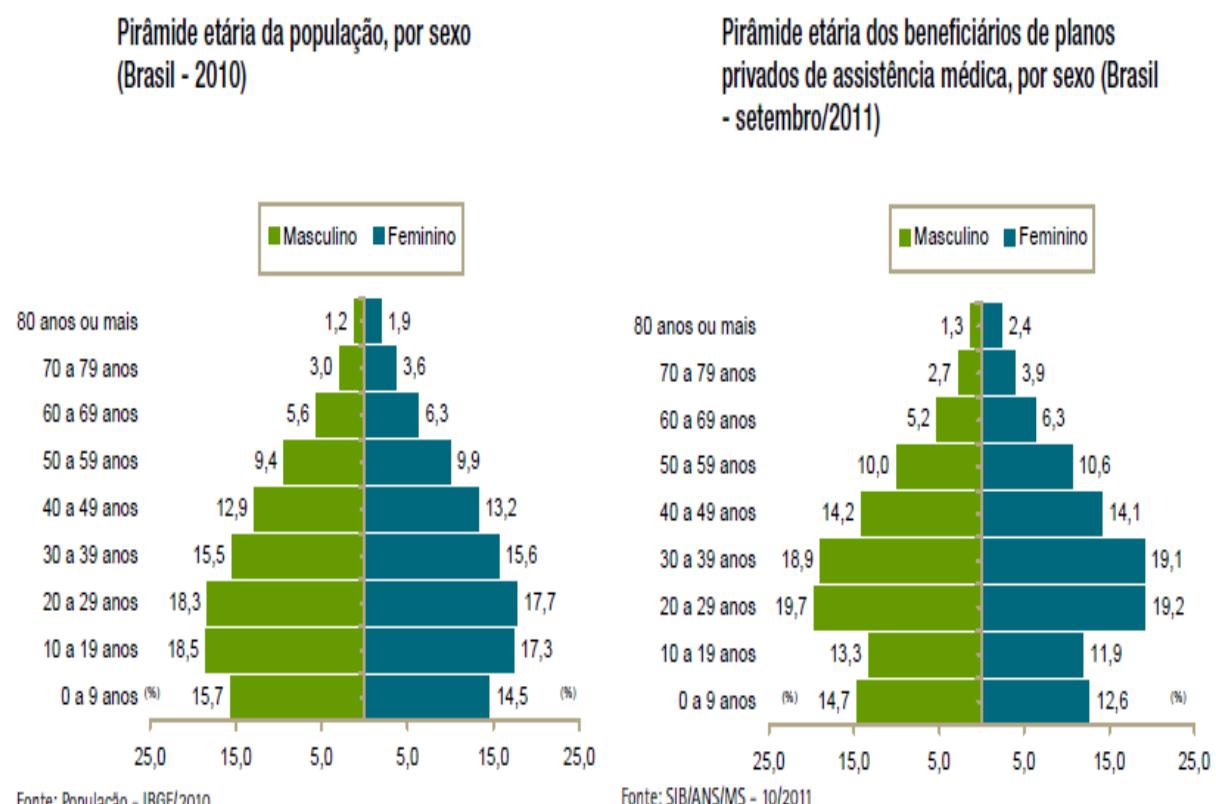


Figura 25 - Planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil 2000-2010)

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 22

É possível buscar um grande leque de aplicações envolvendo a relação dos fornecedores e empresas contratantes no mercado da saúde. A seguir, é possível reconhecer o mercado hospitalar com maior riqueza de detalhes:

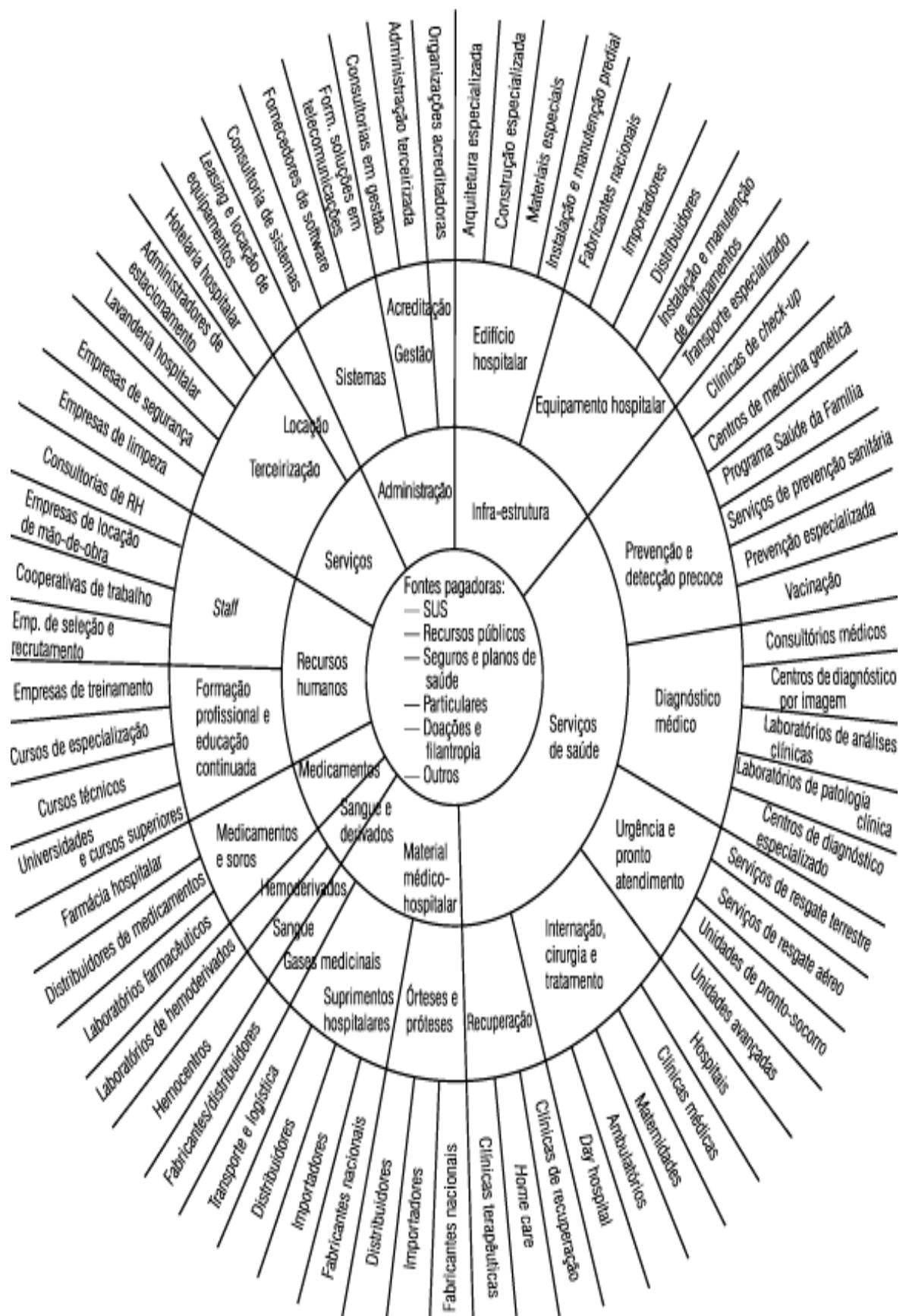


Figura 26 - O Metamercado hospitalar brasileiro

Fonte: Souza, Carvalho e Liboreiro (2006)

Para se ter ideia da dimensão do setor de saúde, Temporão (2009) cita que: "...o setor de saúde responde hoje por 8% do PIB brasileiro, movimenta a cada ano R\$ 160 bilhões e emprega 10% da população brasileira ativa."

As organizações de saúde representam 5,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. (IBGE, 2008).

O mercado de saúde no Brasil tem uma base bastante diversificada. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitário registrou, em 2009, um universo de 105 270 estabelecimentos de saúde, sendo 3 741 desativados, 4 080 extintos, 96 450 em atividade e 999 em atividade parcial. Desse conjunto, 99 777 estabelecimentos são do tipo único, 1 800 são com terceirização em suas dependências e 3 693 estabelecimentos são terceirizados, funcionando no interior de estabelecimentos com terceirização. IBGE (2009, pág. 24)

Grandes Regiões	Total	Público				Privado			
		Total	Com Internação	Sem Internação	Apoio à diagnose e terapia	Total	Com Internação	Sem Internação	Apoio à diagnose
Brasil	94 070	52 021	2 839	47 414	1 768	42 049	4 036	20 487	17 526
Norte	6 305	4 576	387	4 087	102	1 729	231	763	735
Nordeste	28 234	19 348	1 281	17 550	517	8 886	845	4 745	3 296
Sudeste	35 351	16 561	590	15 231	740	18 790	1 675	9 310	7 805
Sul	15 954	7 631	263	7 198	170	8 323	845	3 383	4 095
Centro-Oeste	8 226	3 905	318	3 348	239	4 321	440	2 286	1 595

(%)

Grandes Regiões	Total	Público				Privado			
		Total	Com Internação	Sem Internação	Apoio à diagnose e terapia	Total	Com Internação	Sem Internação	Apoio à diagnose
Brasil	100,0	55,3	3,0	50,4	1,9	44,7	4,3	21,8	18,6
Norte	100,0	72,6	6,1	64,8	1,6	27,4	3,7	12,1	11,7
Nordeste	100,0	68,5	4,5	62,2	1,8	31,5	3,0	16,8	11,7
Sudeste	100,0	46,8	1,7	43,1	2,1	53,2	4,7	26,3	22,1
Sul	100,0	47,8	1,6	45,1	1,1	52,2	5,3	21,2	25,7
Centro-Oeste	100,0	47,5	3,9	40,7	2,9	52,5	5,3	27,8	19,4

Figura 27 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e tipo de atendimento

Fonte: IBGE 2009 (pág. 12)

Em contraponto a esses dados, há uma diferenciação na base de consulta entre as instituições, uma vez que o Ministério da Saúde, em agosto de 2011, registrou um total de 233.070 estabelecimentos de saúde no Brasil.

O Brasil gasta em torno de 3,6% de seu Produto Interno Bruto em saúde, o equivalente a R\$109 bilhões. MS(2008)

Apesar do modelo de saúde pública brasileiro ser universal, os gastos privados em saúde (famílias e instituições sem fins lucrativos) soma R\$ 131 bilhões ou 58% do total, em 2007, e o setor público representa 42%.

Em alguns países, cujo atendimento público também é universal, os gastos públicos em relação ao total de gastos em saúde são: Reino Unido (87,4%), França (79,7%), Itália (77,1%), Espanha (72,5%) e Canadá (70,4%). No Brasil, que adota sistema público universal, o setor privado constitui a maior fonte de financiamento da saúde. (IESS, 2010, pág. 6)

A seguir é apresentado um cenário referente aos estabelecimentos de saúde que atendem aos planos privados dividido por região e característica.

Tabela 15 - Estabelecimentos de saúde que atendem planos privados de saúde, por tipo, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Clinica ou ambulatório especializado	Consultório Isolado	Hospital especializado	Hospital geral	Policlínica	Pronto socorro especializado	Pronto socorro geral	Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia
Brasil	16.729	66.054	431	1.491	1.799	55	55	7.059
Norte	441	1.050	18	58	33	1	3	187
Nordeste	2.948	8.246	117	220	346	30	8	981
Sudeste	8.604	37.191	175	698	870	12	34	3.451
Sul	3.245	15.331	45	362	406	7	7	1.634
Centro-Oeste	1.491	4.236	76	153	144	5	3	806

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 22

Em 2012, a receita de contraprestação na saúde suplementar no Brasil atingiu R\$ 81,4 bilhões, conforme dados da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS TabNet, 2012).

Tabela 16 - Receita de contraprestação de serviços – Saúde Privada

(R\$)

Ano	No ano		Até o 3º trimestre	
	Receita de contraprestações	Despesa assistencial	Receita de contraprestações	Despesa assistencial
2003	28.242.646.837	22.967.034.598	15.820.848.813	12.613.348.933
2004	32.025.713.892	26.045.879.741	17.869.675.412	14.238.006.622
2005	36.522.370.360	29.734.095.754	21.010.983.837	16.683.743.590
2006	41.713.758.347	33.265.334.420	24.329.675.793	19.163.599.488
2007	51.127.460.085	41.198.861.346	37.599.410.848	30.323.778.276
2008	59.506.169.388	47.838.771.040	43.774.215.777	35.240.604.387
2009	64.449.463.080	53.499.104.453	47.671.121.177	39.421.708.437
2010	73.166.459.294	59.226.395.645	54.303.449.890	43.805.430.085
2011	59.237.924.052	49.044.576.662	59.237.924.052	49.044.576.662

Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – Set/2011, p. 14

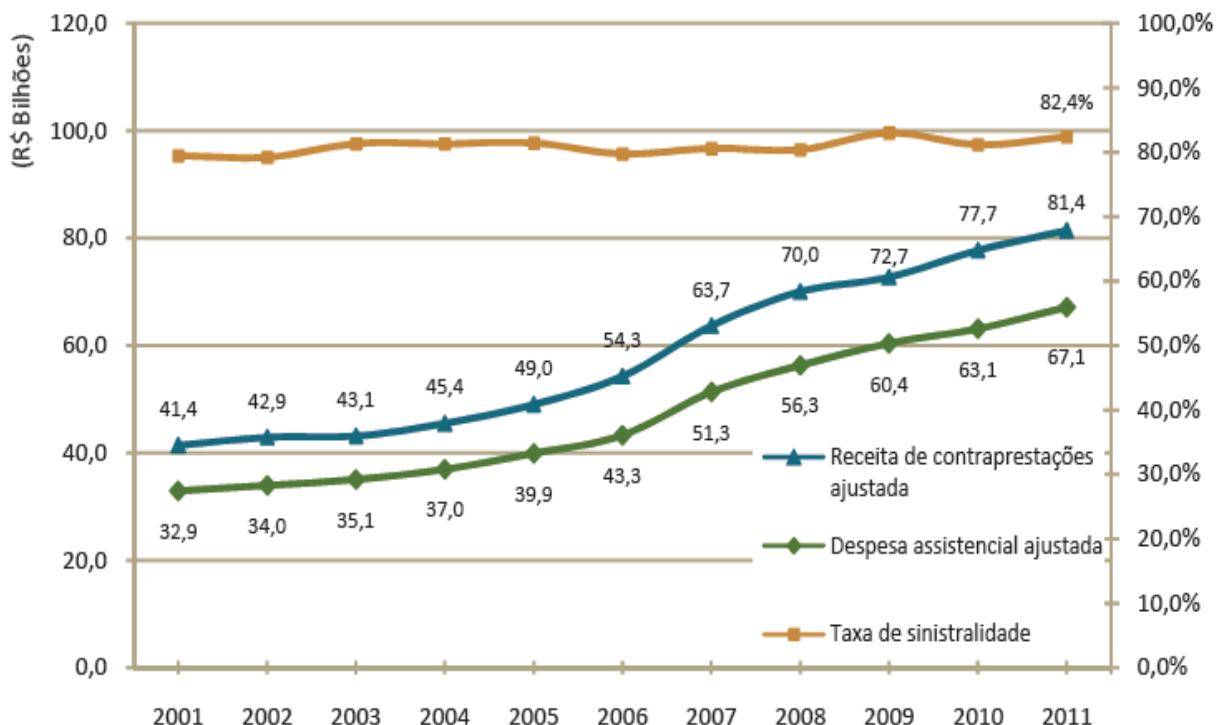


Figura 28: Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares  
Fonte: Caderno de Informações de Saúde Suplementar – dez/2011, p. 18

Complementando os dados apresentados, é possível verificar o cenário a seguir, pois a atuação da iniciativa privada na saúde brasileira fica mais visível:

Em 2008, 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões de pessoas dispunham de pelo menos um plano de saúde. Entre estas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. Além disso, do total de pessoas cobertas por plano de saúde, 47,8% eram titulares do plano de saúde único ou principal que possuíam. Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%).

As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%). (IBGE, 2008, pág. 39)

Esse número, quanto ao índice de cobertura praticado em 2011 atinge 24,4% da população brasileira, representando 46.601.062 de beneficiários. (ANS - TabNet, 2011)

Os aspectos comerciais do mercado da saúde do Brasil são relevantes quanto ao volume de movimentação, representando um saldo negativo na balança comercial brasileira.

As importações brasileiras em 2007 foram de R\$ 315 bi. A saúde contribuiu com R\$11,5 bi. As principais importações brasileiras em saúde foram medicamentos (R\$ 5,7 bi), aparelhos e instrumentos para uso médico, hospitalar e odontológico (R\$ 2,7 bi) e produtos farmacoquímicos (R\$ 2 bi). As exportações do setor de saúde são insípidas - R\$ 2,2 bilhões, frente às exportações totais brasileiras de R\$ 356 bi. O principal produto exportado é medicamento (R\$ 817 milhões). Em 2000 o setor de saúde importou R\$ 4,7 bi e exportou R\$ 0,7 bi, ou seja, um saldo líquido na balança comercial de R\$ 4 bi negativo. Esse setor teve um déficit crescente desde então, atingindo R\$ 9,3 bi em 2007. Esta diferença pode ter sido causada pela maior incorporação de tecnologia nos procedimentos médicos. (IESS, 2010, pág. 7)

A tabela a seguir complementa as informações apresentadas acima.

Tabela 17 - Participação nas importações – bens e serviços de saúde

Participação das importações na oferta total por bens e serviços de saúde, segundo produto Brasil, 2000-2007								
Produto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total saúde</b>	<b>4,3</b>	<b>5,4</b>	<b>6,2</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,0</b>	<b>4,8</b>	<b>4,6</b>
Produtos farmacoquímicos	72,7	80,9	90,9	93,9	91,1	83,2	84,7	82,5
Medicamentos para uso humano	8,2	10,4	11,8	11,0	10,9	8,8	9,1	10,1
Medicamentos para uso veterinário	16,8	15,8	23,4	17,2	17,2	16,6	16,7	17,3
Materiais para uso médico, hospitalar e odontológico	8,4	8,9	9,2	7,2	7,0	6,0	5,1	5,9
Aparelhos e instrumentos para uso médico-hospitalar e odontológico	23,5	28,8	26,5	22,4	22,9	21,4	21,4	22,4
Serviços de atendimento hospitalar	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2000-2007.

Fonte: DATASUS (2011)

Quanto à geração de empregos, a economia da saúde gera mais de quatro milhões de empregos.

As atividades de saúde responderam, em 2007, por 4,2 milhões de postos de trabalho no país (4,4% do total da economia). Nesse ano, o rendimento médio anual dos trabalhadores (por ocupação) nessas atividades foi de R\$ 20,5 mil. Estes são alguns dos destaques da Conta-Satélite de Saúde, que sistematiza informações sobre as atividades econômicas relacionadas à saúde, no período de 2005 a 2007. (IBGE 2010)

O número de profissionais de saúde, principalmente médicos, disponíveis no país é de 22.134 na região norte, 55.119 na região nordeste, 30.014 na região centro-oeste, 209.805 na região sudeste e 55.776 na região sul, totalizando 372.848 médicos para atendimento. (Conselho Federal de Medicina – CFM, 2011)

Tabela 18 - Número de profissionais de saúde (médicos) por habitante

<b>Médicos p/1.000 hab segundo Região</b>		
<b>Período:</b> 2009	<b>Região</b>	<b>Médicos p/1.000 hab</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1,84</b>
Região Norte		1,00
Região Nordeste		1,12
Região Sudeste		2,37
Região Sul		2,10
Região Centro-Oeste		1,96

**Fonte:** Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais  
**Notas:**

Fonte: DATASUS (2011)

Tabela 19 - Número de profissionais de saúde (médicos) por unidade da federação

<b>E.1 Número de profissionais de saúde por habitante</b>		
<b>Número de médicos segundo Unidade da Federação</b>		
<b>Período:</b> 2009	<b>Unidade da Federação</b>	<b>Número de médicos</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>352.318</b>
	Rondônia	1.668
	Acre	710
	Amazonas	3.815
	Roraima	610
	Pará	6.172
	Amapá	622
	Tocantins	1.749
	Maranhão	4.093
	Piauí	2.898
	Ceará	9.006
	Rio Grande do Norte	4.131
	Paraíba	4.771
	Pernambuco	12.464
	Alagoas	3.737
	Sergipe	2.745
	Bahia	16.057
	Minas Gerais	36.894
	Espírito Santo	7.067
	Rio de Janeiro	43.341
	São Paulo	104.421
	Paraná	21.386
	Santa Catarina	11.551
	Rio Grande do Sul	25.226
	Mato Grosso do Sul	3.838
	Mato Grosso	3.719
	Goiás	9.730
	Distrito Federal	9.897

Fonte: DATASUS (2011)

Segundo a associação brasileira de saúde coletiva (ABRASCO), o investimento em saúde no Brasil tem se comportado de forma estável, o que não vai

ao encontro com as necessidades crescentes da demanda, principalmente em um cenário de universalização.

O financiamento estagnou entre US\$ 120 e 150 públicos per capita, o que representa um gasto de, na melhor das hipóteses, menos que R\$1,00 por dia por habitante. Isto significa menos que do que o gasto público em países vizinhos como Chile, México, Argentina, Panamá, Costa Rica dentre outros, e menos que 10% em relação ao Canadá e aos países europeus. Enquanto nos países desenvolvidos, de todos os gastos com saúde, no mínimo 70% são de orçamentos públicos, no Brasil, quase 18 anos após a criação do SUS, permanecemos com apenas 45% dos orçamentos públicos nos gastos totais com saúde. (ABRASCO, 2006, pág. 2)

Tabela 20 - Gastos com saúde – Participação no PIB (Produto Interno Bruto)

<b>E.4 Gasto com consumo de bens e serviços de saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB)</b>								
<b>Gasto com consumo de bens e serviços de saúde, como percentual do PIB, por setor Brasil, 2000-2007</b>								
Setor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>8,3</b>	<b>8,4</b>	<b>8,1</b>	<b>8,1</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>8,3</b>
Consumo final das famílias	4,9	5,1	5,0	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8
Consumo final da administração pública	3,1	3,1	3,3	3,2	3,2	3,1	3,4	3,3
Consumo final das instituições sem fins lucrativos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

**Fonte:** IBGE - Coordenação de Contas Nacionais

**Nota:** São consideradas como instituições sem fins lucrativos apenas estabelecimentos como ONG, igrejas, associações profissionais etc.

Fonte: DATASUS (2011)

Tabela 21 - Gastos com saúde – per capita

**E.5 Gasto per capita com consumo de bens e serviços de saúde**

<b>Gasto per capita com consumo de bens e serviços de saúde por setor Brasil, 2000-2007</b>								
Setor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>624</b>	<b>707</b>	<b>772</b>	<b>869</b>	<b>936</b>	<b>1.059</b>	<b>1.171</b>
Consumo final das famílias	339	384	421	459	511	563	620	687
Consumo final da administração pública	214	235	277	304	348	363	428	472
Consumo final das instituições sem fins lucrativos	6	6	9	9	10	10	11	12

**Fonte:** IBGE - Coordenação de Contas Nacionais

**Notas:**

1. São consideradas como instituições sem fins lucrativos apenas estabelecimentos como ONG, igrejas, associações profissionais etc.
2. Valores em Reais correntes do ano.

Fonte: DATASUS (2011)

Tabela 22 - Gastos com saúde – per capita

<b>Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita (em reais correntes), por componente, segundo ano Brasil:2004- 2009</b>			
Ano	Gasto com atenção à saúde per capita	Gasto com atenção básica per capita	Gasto com atenção de média e alta complexidade per capita
2004	118,13	30,67	87,47
2005	130,75	35,39	95,36
2006	149,72	42,14	107,58
2007	170,93	47,44	123,49
2008	193,14	53,77	139,37
2009	222,14	65,40	156,70

**Fontes:**

Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde – FNS  
 Ministério da Saúde: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças  
 IBGE: base demográfica.

Fonte: DATASUS (2011)

## 5.0 A NATUREZA, MÉTODOS, DELIMITAÇÃO E ABORDAGEM DO PROBLEMA

### 5.1 MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

Os elementos que levam a pessoa a usar o Sistema de Saúde de uma região são decorrentes de uma demanda específica. Questões como doenças, tratamentos e acompanhamentos de rotina são cada vez mais comuns na sociedade moderna.

As novas prerrogativas de tratamentos e a disponibilidade de recursos e mão de obra especializada para a área de Saúde vêm colaborando para um envelhecimento da população, e situações antes conduzidas de forma caseira, agora são destinadas a especialistas.

O ritmo agitado dos profissionais da nova economia, aliado às novas doenças e tratamentos demandados, e o aumento da credibilidade da nova medicina, vem fazendo com que a frequência na busca dos serviços e produtos oferecidos pela área de Saúde sejam incrementados pela população.

Os aspectos da melhoria da qualidade dos serviços e a busca por custos mais competitivos devem ser um alvo das instituições de Saúde, de forma que prestar serviços de qualidade e oferecer custos competitivos deflagra-se como uma nova bandeira, pois, uma vez que a demanda vem crescendo, as oportunidades de novos negócios também se consolidam, ampliando a concorrência e exigindo que as empresas tenham operações mais competentes e comprem de forma mais moderna e efetiva, garantindo dessa forma custos compatíveis com o mercado.

### 5.2 ÁREA DE INTERESSE

O foco da tese apresentada refere-se à área de Saúde, que no Brasil, compromete 8,4% do PIB brasileiro. Para efeito de comparação, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OECD, afirma que o peso da despesa com a Saúde no PIB varia em diferentes países, desde menos de 6 % no Chipre e na Romênia a mais de 10 % na França, Suíça, Alemanha e na Áustria. (OECD, 2010)

Apesar do Brasil gastar anualmente apenas US\$ 837,00 per capita na Saúde do país, ocupando a posição relativa de número 73, tem mostrado investimentos significativos de 2000 a 2009, saltando de 17 para 24 leitos para cada 10.000 habitantes. (PNUD – RDH, 2010)

Países como os Estados Unidos são atípicos nessa comparação, pois investem em torno de 16% do PIB em Saúde.

A figura a seguir permite compreender a posição do Brasil, frente a elementos de ordem mundial.

Posição no IDH	RECURSOS		FACTORES DE RISCO						MORTALIDADE				
	Despesa na saúde Per capita (PPC em USD)	Camas Médico hospitalares (por 10 000 pessoas)	Crianças sem imunização contra			Prevalência de VIH			Adultos (% com 15-49 anos)	Menores Crianças de 5 anos	Adultos (por 1000 pessoas)	Taxas de mortalidade etarramente uniformizadas de doenças não-transmissíveis	
			DTP	Sarampo	Jovens (% com 15-24 anos)	Mulheres	Homens	Total					
	2007	2000–2009 <sup>a</sup>		2008		2007		2008		2008	2008	2008	2004
<b>Desenvolvidos</b>													
OCDE	4,222	..	63	4	7	..	..	..	5	6	60	114	418
Não-OCDE	1,807	..	40	6	11	..	..	..	5	6	54	93	416
<b>Em desenvolvimento</b>													
Estados Árabes	287	..	16	15	19	..	..	..	38	50	161	231	810
Ásia Oriental e Pacífico	207	..	20	8	9	..	..	..	23	28	110	170	636
Europa e Ásia Central	623	..	52	5	4	..	..	..	20	22	127	296	847
América Latina e Caraíbas	732	..	24	10	7	..	..	..	19	23	102	185	560
Sul da Ásia	123	..	17	28	25	..	..	..	56	73	181	248	724
Africa Subsariana	127	..	19	29	28	..	..	..	86	144	381	420	859
Desenvolvimento humano muito elevado	4,172	..	49	5	7	..	..	..	5	6	60	114	418
Desenvolvimento humano elevado	721	..	34	6	5	..	..	..	18	21	106	216	666
Desenvolvimento humano médio	179	..	20	20	18	..	..	..	38	49	140	206	678
Desenvolvimento humano baixo	66	..	13	25	26	..	..	..	83	134	339	376	851
Paises menos desenvolvidos	54	..	18	22	24	..	..	..	82	126	318	360	851
Mundo	869	..	30	18	17	..	..	..	44	63	154	221	662

Figura 29 - Aspectos relacionados à Saúde no mundo  
Fonte: Relatório do desenvolvimento humano (RDH) (2010, pág. 210)

Embora o Brasil ofereça uma curva ascendente no que se refere aos investimentos per capita anual públicos (federal, estadual e municipal) de R\$ 200,44 em 2000, R\$ 232,22 em 2001, R\$ 269,34 em 2002, R\$ 301,51 em 2003, R\$ 363,64 em 2004, R\$ 401,73 em 2005 e R\$ 449,63 em 2006 (Ministério da Saúde, 2008), e como pode ser percebido na receita das empresas de Saúde privada citada no capítulo de Saúde Suplementar, o mundo passa por uma desaceleração econômica, e em alguns países, existe um retrocesso econômico, o RDH de 2010 aponta as reduções de investimento no mundo e consequentemente, perdas decorrentes da ampliação da desigualdade, conforme apresentado a seguir:

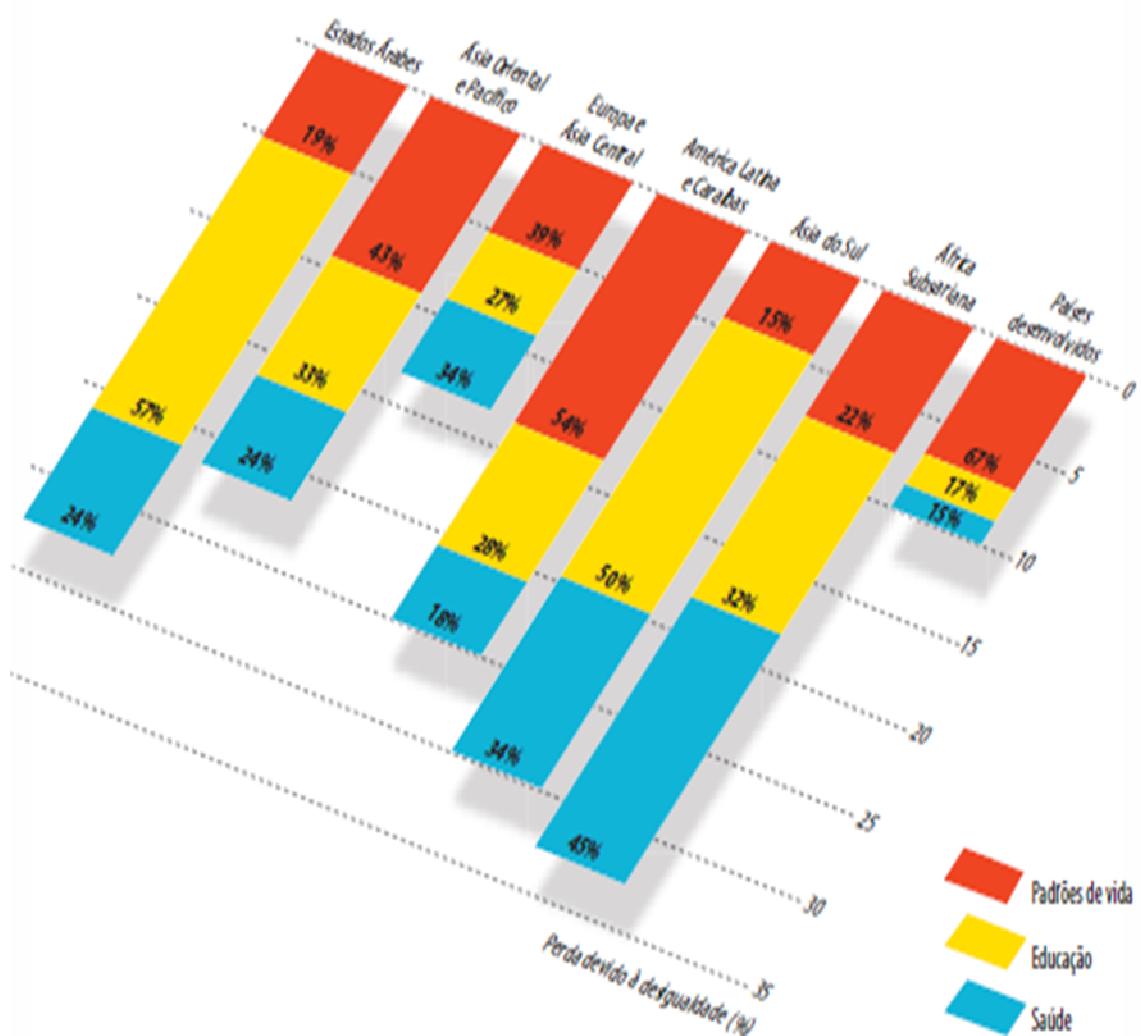


Figura 30 - Perdas no Mundo devido a desigualdade (IDH)  
Fonte: RDH (2010, pág. Adaptado de Ballou (1993)

Quanto aos atendimentos de Saúde no país, há 69% sendo realizados em postos, centros de Saúde e nos ambulatórios hospitalares, o que demonstra um crescimento dessa modalidade quando comparado aos 66% em 1998, e a modalidade ligada aos ambulatórios hospitalares cresceu em 29,5% no mesmo período. Esse crescimento no atendimento hospitalar pode ser compreendido na figura, a seguir:

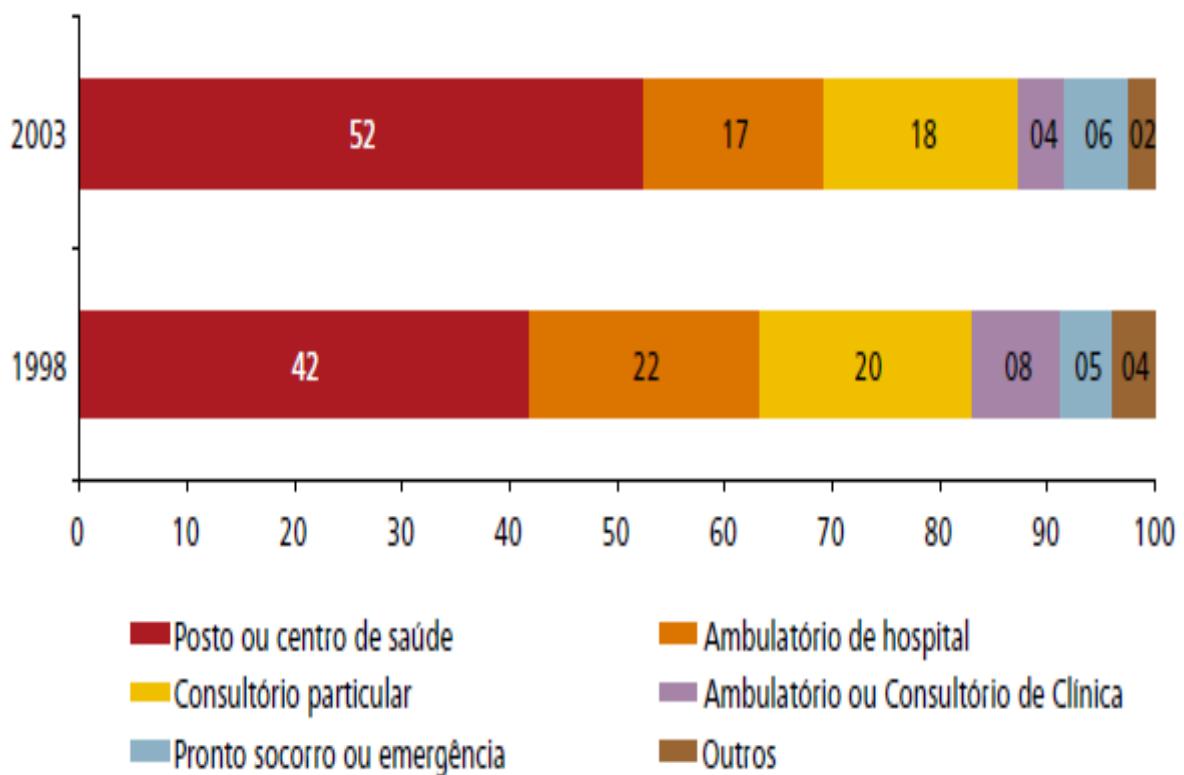


Figura 31 - Freqüência de atendimentos na área de Saúde  
Fonte: Ministério da Saúde (2009)

O número de empregos gerados pela área de Saúde tem sofrido um crescimento significativo para a sociedade, fazendo com que os números cresçam de 1.455.742 em 2007, 1.576.463 em 2008, 1.678.636 em 2009, 1.806.976 em 2010, 1.900.877 em 2011 até 1.962.851 em fevereiro de 2012. Isso totaliza, segundo dados Ministério da Saúde em 2005, 3,5 profissionais de saúde por habitante.

Por decorrência dos dados apresentados nesse capítulo, foi escolhida a área de Saúde como elemento de estudo desta tese.

### **5.3 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa apresentada é de ordem qualitativa, pois, busca compreender o comportamento de um segmento de mercado, no caso a área hospitalar e seu relacionamento com a cadeia de abastecimento. Segundo Silva e Menezes (2000, pág, 20):

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Quanto aos objetivos, é definida como exploratória, uma vez que não foram encontradas obras que abordem o aspecto apontado no questionamento principal dessa tese. Sendo assim, Gil (1990, pág. 82) afirma que:

A Pesquisa Exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, a forma de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de caso.

### **5.4 ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa foi organizada, inicialmente, com uma introdução ao tema apresentado, no caso específico, AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E COLABORAÇÃO NA CADEIA DE SUPRIMENTOS HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO SOBRE HOSPITAIS DE MÉDIO PORTE DA GRANDE SÃO PAULO.

A primeira parte apresenta o assunto partindo de uma breve introdução;

A segunda parte relaciona a descrição do problema;

A terceira parte apresenta os objetivos da pesquisa;

A quarta parte descreve o referencial teórico, abordando diversos temas relevantes para a compreensão da pesquisa;

A quinta parte, denominada métodos, natureza, delimitação e abordagem do problema apresenta a motivação, classificação, objetivos, organização, variáveis do estudo, o instrumento utilizado para coleta de dados e seu tratamento, aspectos éticos, limitação da pesquisa, além dos pontos fortes e fracos;

A sexta parte se refere à apresentação, discussão sobre os resultados encontrados e as conclusões obtidas;

Como sétima parte, tem-se a apresentação das conclusões;

A oitava parte aponta as referências bibliográficas utilizadas no estudo; e

Ainda são apresentados na nona parte, os anexos com os documentos relevantes citados durante a condução da pesquisa.

A seguir é apresentada uma figura representando a organização da tese.

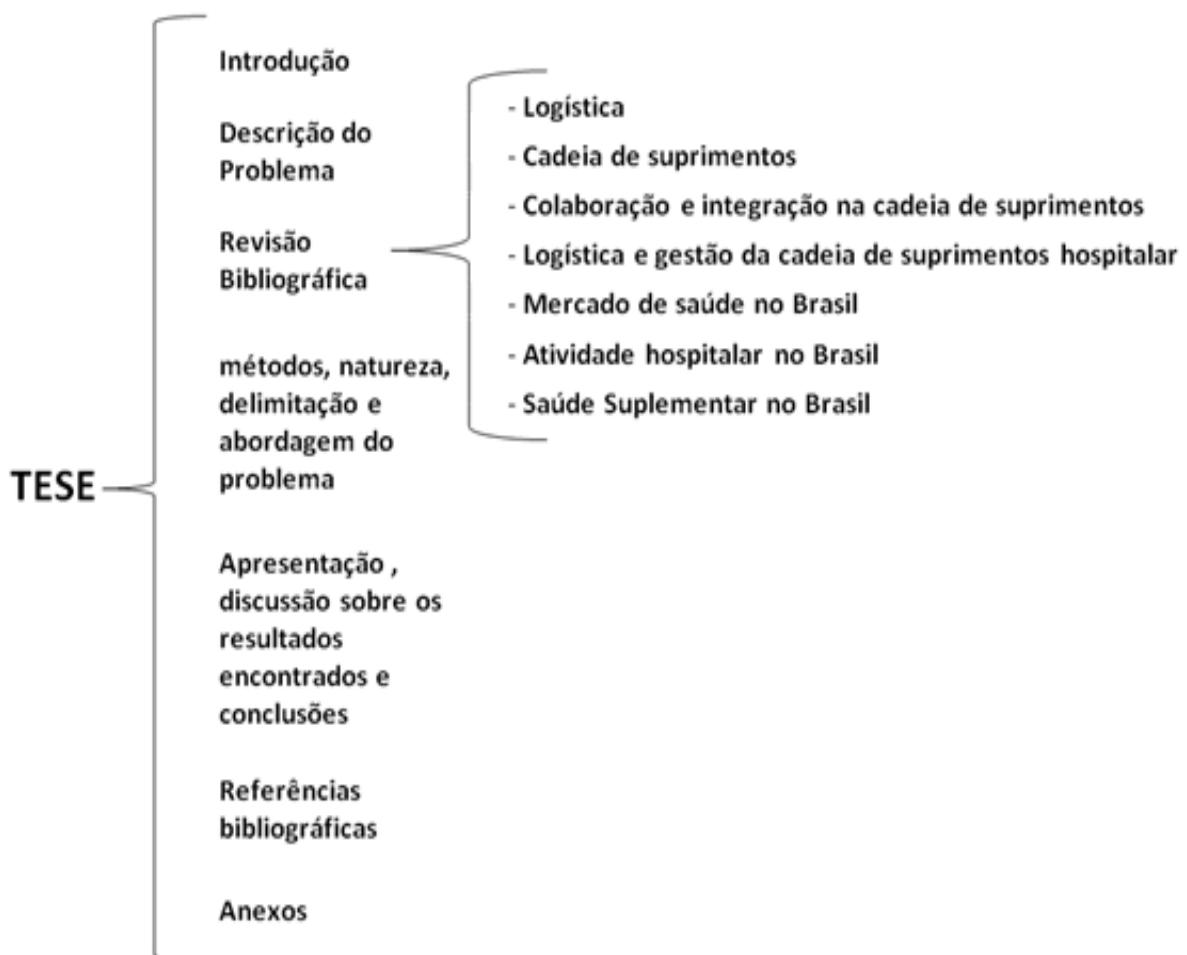


Figura 32 - Diagrama representativo da estrutura da TESE  
Fonte: Elaborado pelo autor

## 5.5 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O levantamento para a pesquisa foi realizado em diversos acervos físicos de instituições de ensino superior, foram verificados catálogos eletrônicos de Dissertações e Teses, entre eles da Universidade de São Paulo e Fundação Getúlio Vargas.

Foram feitas, buscas nos sítios da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e bibliotecas virtuais da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Santa Catarina, Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde (MS), Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), IBGE, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, SCIELO, entre outras fontes significativas.

## 5.6 LOCAL E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA O ESTUDO

A definição do local de estudo deu-se pela grande concentração de estabelecimentos de Saúde na região sudeste. Conforme levantamento realizado no DATASUS (2012) o Brasil tem 239.600 estabelecimentos de Saúde registrados. Desse total, 10.942 (4,6%) estão na região norte, 49.209 (20,5%) na região nordeste, 107.920 (45,0%) na região sudeste, 50.203 (21,0%) na região sul e 21.326 (8,9%) na região centro-oeste.

A figura, a seguir, demonstra a distribuição de estabelecimentos de saúde por unidade da federação, e aponta o Estado de São Paulo como o maior detentor desses estabelecimentos.

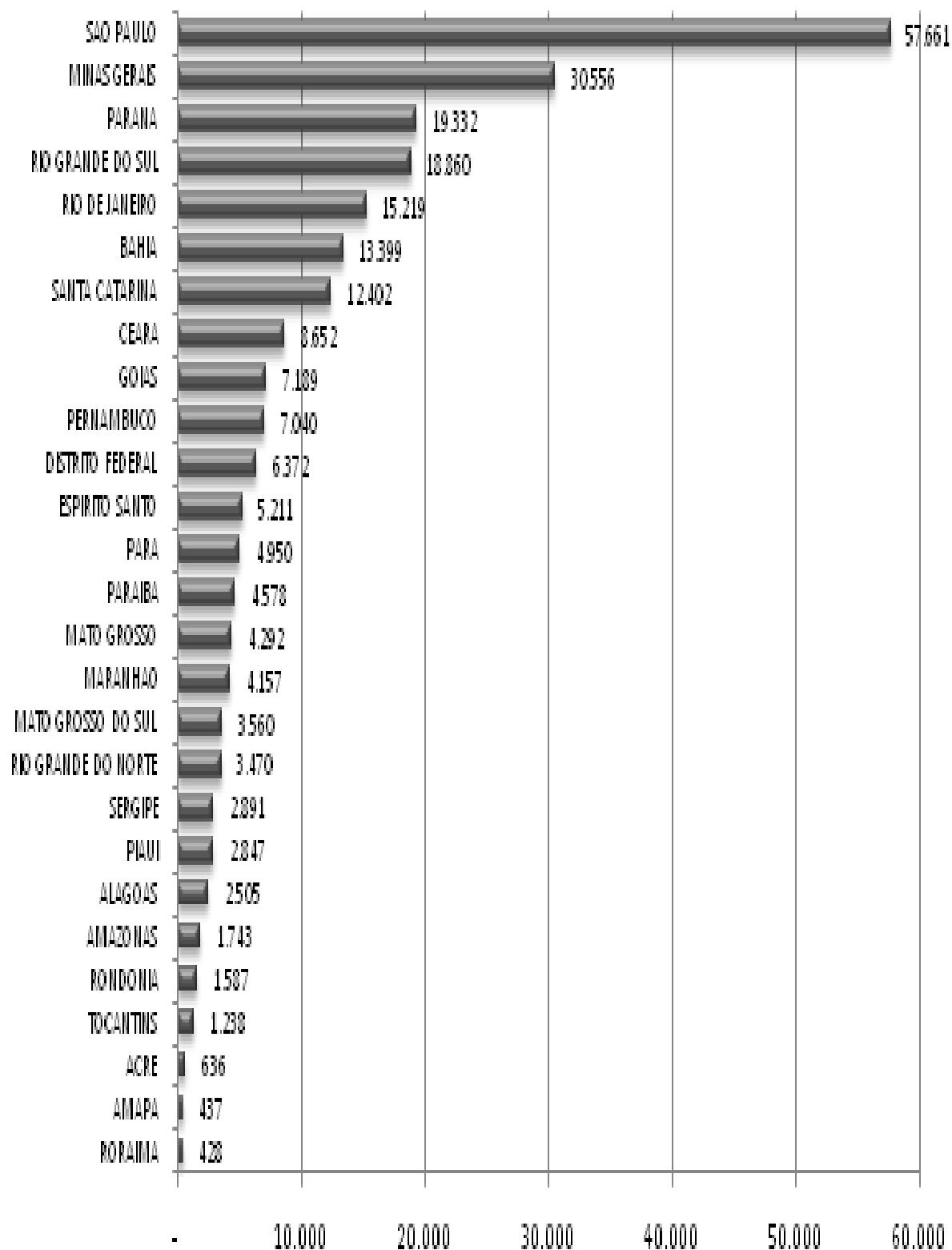


Figura 33 - Comparativo entre verbas definidas e liberadas na Saúde do Brasil  
Fonte: Ministério da Saúde (2012)

A decisão por estabelecimentos públicos ou privados ocorre por consequência da característica das entidades, que apresenta 71% de estabelecimentos privados e com fins lucrativos.

A região sudeste chega a apresentar 78,5% de estabelecimentos privados contra 48,0% da região norte, local onde os estabelecimentos públicos são predominantes.

A seguir é apresentada uma tabela resumindo esse cenário.

Tabela 23- Comparativo de estabelecimentos públicos e privados no Brasil

Período:Fev/2012 Região/UF	Privado Quantidade	Público Quantidade	Total Estab.	Participação Privada
Região Norte	5249	5693	10942	48,0%
Região Nordeste	25091	24118	49209	51,0%
Região Sudeste	84729	23191	107920	78,5%
Região Sul	38870	11333	50203	77,4%
Região Centro-Oeste	16125	5201	21326	75,6%
<b>Total</b>	<b>170.064,00</b>	<b>69.536,00</b>	<b>239.600,00</b>	<b>71,0%</b>

Fonte: Datasus (2012)

A disponibilidade financeira também acaba sendo outro fator crítico na gestão do relacionamento com os fornecedores. Na figura, a seguir, são apresentados alguns fatores delimitadores da aplicação da referida pesquisa no campo público.

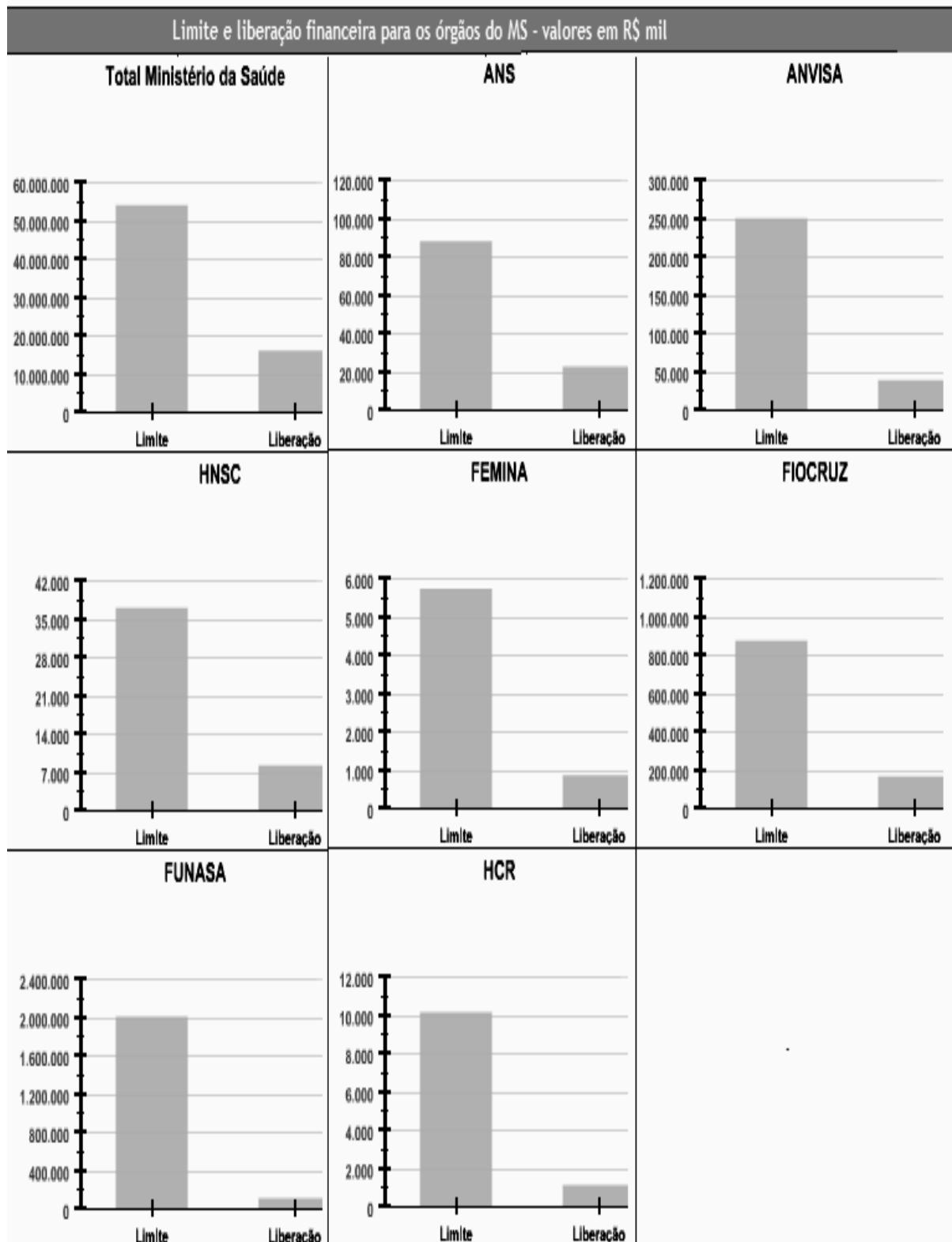


Figura 34- Comparativo entre verbas definidas e liberadas na Saúde do Brasil  
Fonte: Ministério da Saúde (2012)

A diferença existente entre os valores planejados e efetivamente liberados passam por diversas razões, entre elas podem ser citadas as contenções feitas pelo

poder público, a falta de projetos para efetivar os gastos e a dificuldade na elaboração de processos licitatórios para aquisição de bens e serviços.

Retornando a questão da região para a aplicação da pesquisa, com o intuito de reforçar definir melhor esse elemento, segundo a ANS, existem 93.673 estabelecimentos que atendem planos privados no país, sendo que 51.035, ou seja, 54,5% estão na região sudeste, e 30.027 localizam-se no Estado de São Paulo, ou seja, 32,1% dos estabelecimentos nacionais e 58,9% dos estabelecimentos da região sudeste. (ANS, 2011, pág. 22)

O mercado de Saúde suplementar, atendido pela iniciativa privada, contou em maio de 2010, com 43,3 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica ou odontológica, dos quais 72,9% são de planos coletivos e 21,3%, ou 9,3 milhões, estão vinculados a planos individuais (ANS 2010, p. 11).

Quanto ao número de leitos, os hospitais de médio porte, 51 a 150 leitos, representam 49,7% da rede de atendimento privado do país.

Tabela 24- Distribuição dos hospitais privados brasileiros por número de leitos

Número de leitos	Hospitais	
	n	%
11-50	1217	32,1
51-100	1145	30,1
101-150	746	19,6
151-350	603	15,9
351-500	77	2,0
Mais de 500	11	0,3
Total	3799	100,0

Fonte: Ugá (2007, pág. 25)

A tabela, a seguir, permite a verificação da distribuição dos leitos privados no Estado de São Paulo, bem como o porte dos hospitais apontados como alvo na pesquisa a ser apresentada:

Tabela 25 - Distribuição dos hospitais privados brasileiros por número de leitos

DRS		Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos	Hospitais	Leitos
				≤ 50		51-150		≥ 151	
I	São Paulo	148	15.917	44	1.392	61	5.481	43	9.044
II	Araçatuba	6	237	4	93	2	144	-	-
III	Araraquara	3	341	1	31	1	146	1	164
IV	Baixada Santista	8	449	6	148	1	77	1	224
V	Barretos	2	85	1	33	1	52	-	-
VI	Bauru	7	385	4	121	2	122	1	142
VII	Campinas	25	1.951	10	281	13	1.332	2	338
VIII	Franca	3	269	1	30	2	239	-	-
IX	Marília	4	180	3	76	1	104	-	-
X	Piracicaba	13	592	9	296	4	296	-	-
XI	Pres. Prudente	6	284	3	57	3	227	-	-
XII	Registro	1	29	1	29	-	-	-	-
XIII	Ribeirão Preto	6	401	1	28	5	373	-	-
XIV	São João da Boa Vista	2	131	-	-	1	57	1	74
XV	São José do Rio Preto	7	372	4	107	3	265	-	-
XVI	Sorocaba	7	451	4	121	2	203	1	127
XVII	Taubaté	13	649	8	251	5	398	-	-
<b>São Paulo</b>		<b>261</b>	<b>22.723</b>	<b>104</b>	<b>3.094</b>	<b>107</b>	<b>9.516</b>	<b>50</b>	<b>10.113</b>

Fonte: Bittar, Mendes e Magalhães (2011, pág. 20)

Estão disponíveis na rede privada 261 hospitais no Estado de São Paulo, dos quais 148 (56,7%) estão na região da Grande São Paulo, gerida pelo Departamento Regional de Saúde – 1 (DRS – 1), dos quais 61 hospitais (41%) apresenta número de leitos entre 51 a 150 leitos (médio porte).

O Departamento Regional de Saúde – 1 do Estado de São Paulo, responde pela gestão do sistema de Saúde nos municípios de ARUJÁ, BARUERI, BIRITIBA-MIRIM, CAIEIRAS, CAJAMAR, CARAPICUÍBA, COTIA, DIADEMA, EMBU, EMBU-GUAÇU, FERRAZ DE VASCONCELOS, FRANCISCO MORATO, FRANCO DA ROCHA, GUARAREMA, GUARULHOS, ITAPECERICA DA SERRA, ITAPEVI, ITAQUAQUECETUBA, JANDIRA, JUQUITIBA, MAIRIPORÃ, MAUÁ, MOGI DAS CRUZES, OSASCO, PIRAPORA DO BOM JESUS, POÁ, RIBEIRÃO PIRES, RIO GRANDE DA SERRA, SALESÓPOLIS, SANTA ISABEL, SANTANA DE PARNAÍBA,

SANTO ANDRÉ, SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO CAETANO DO SUL, SÃO LOURENÇO DA SERRA, SÃO PAULO, SUZANO, TABOÃO DA SERRA e VARGEM GRANDE PAULISTA

O estudo tem como local da pesquisa a região da Grande São Paulo e os hospitais privados na região sudeste com porte de 51 a 150 leitos como sendo a definição das instituições que serão alvo da pesquisa sobre integração e colaboração na cadeia de suprimentos.

## **5.7 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA**

Conforme verificado na tabela 25, a população de hospitais compreende 61 indivíduos, que foram escolhidos como amostra 10 unidades, juntamente com dois hospitais conhecidos como unidades de excelência na região sudeste. Os 10 hospitais escolhidos representam 16,4% da população e foram escolhidos aleatoriamente na listagem fornecida pela DRS - 1.

## **5.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

O estudo tem como foco identificar o grau de colaboração existente entre as empresas prestadoras de serviços de Saúde, no caso, hospitais de 51 a 150 leitos, localizados na Grande São Paulo, e os principais elementos que serão observados foram definidos como variáveis de integração e colaboração com a cadeia de suprimentos. O alvo é a gestão de relacionamento, orientação estratégica para o mercado, sistemas de informação e monitoramento de performance, integração interfuncional, planejamento conjunto e equitativo, decisões de estrutura e governança e a gestão de relacionamentos, as quais tem sua descrição apresentada na tabela 10, presente no item 4.2.3. A figura, a seguir, apresenta as variáveis do estudo.

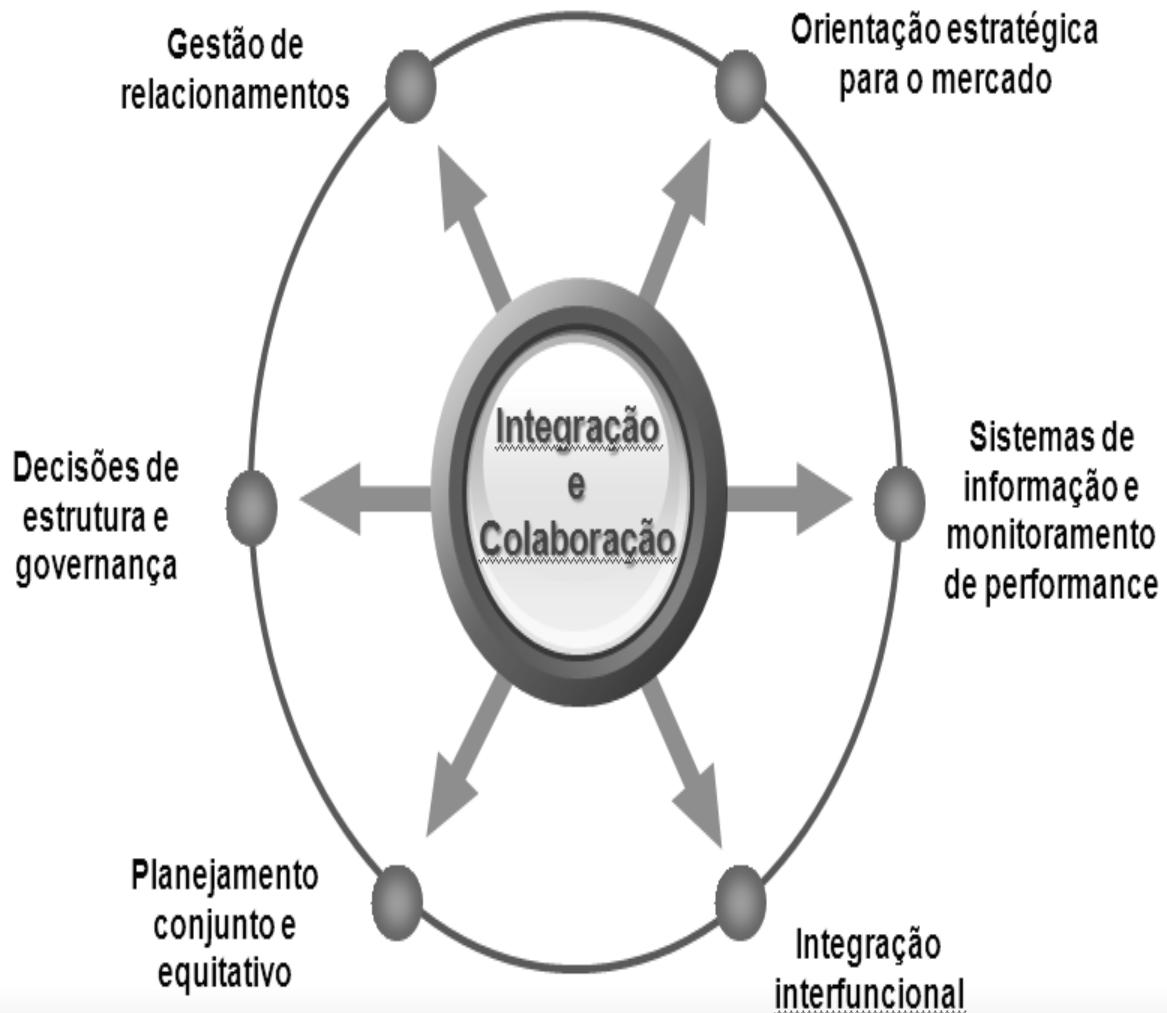


Figura 35 - Variáveis de integração e colaboração na cadeia de suprimentos

Fonte: Adaptado de Consôli (2009)

Os entrevistados no estudo serão os profissionais que exerçam a função de compradores.

## 5.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA COLETA DE DADOS

Visando atender aos procedimentos éticos definidos pela instituição e visando atender aos parâmetros exigidos pela legislação vigente, essa pesquisa teve seu conteúdo e métodos submetidos ao comitê de ética, por meio da Pataforma Brasil e com o respectivo comprovante de submissão e aprovação.

A seguir é apresentado o comprovante com o parecer do comitê de ética.

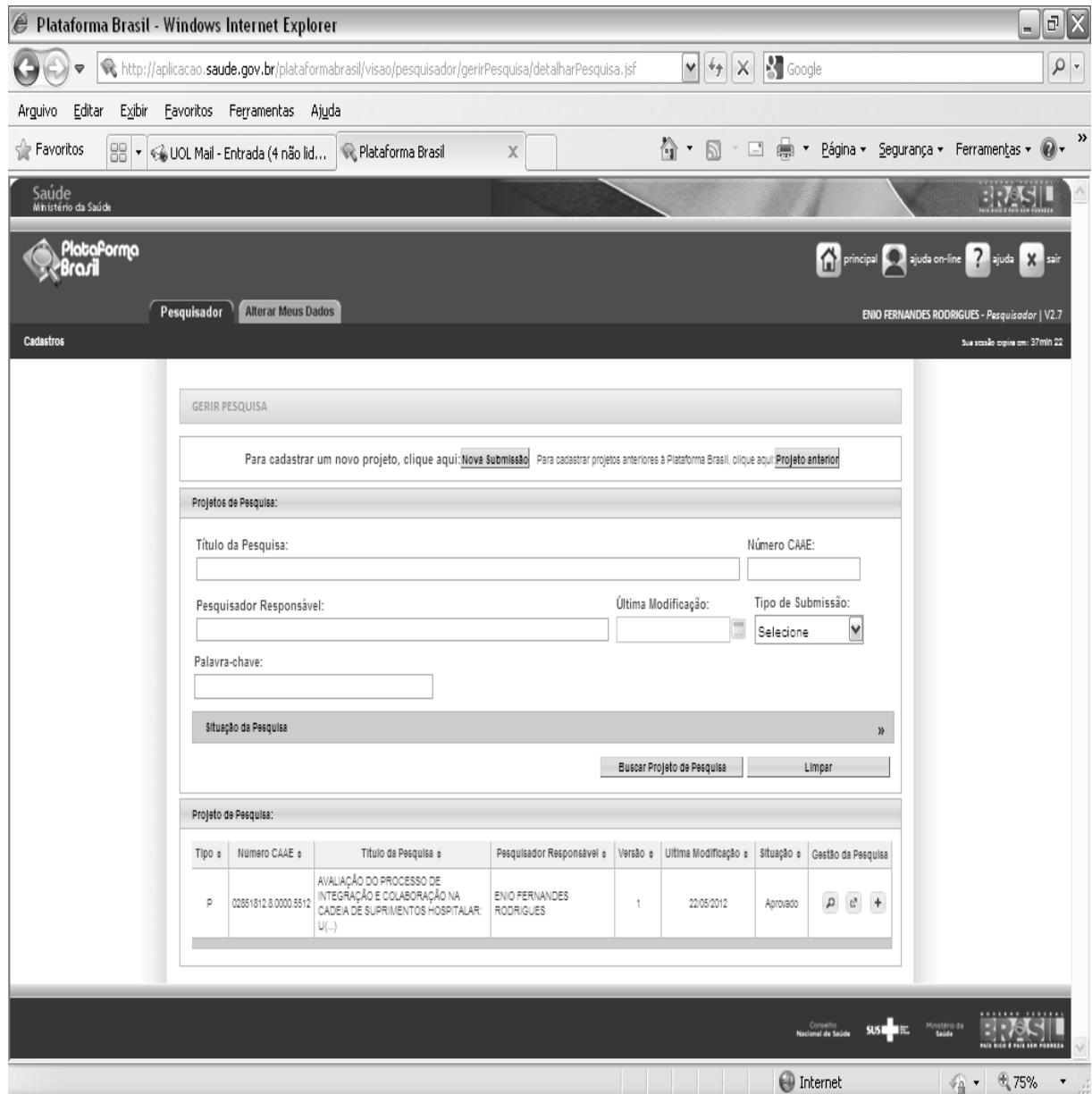


Figura 36 - Comprovante da aprovação pelo comitê de ética  
Fonte: Plataforma Brasil (2012)

## 5.10 MÉTODO E INSTRUMENTO DA PESQUISA

A pesquisa visa identificar as variáveis de estudo, citadas em 5.8, de forma que a organização possa expor sua compreensão quanto aos elementos citados e como são aplicados.

O instrumento de pesquisa utilizado refere-se a um questionário (ANEXO 1), onde parte da pesquisa foi realizada se enviado por meio eletrônico para os compradores das empresas escolhidas como amostra e outra parte realizada como entrevista feita pelo próprio autor. A avaliação em questão foi dividida em sete seções, denominadas dimensões de análise, visando compreender como a empresa lida com os aspectos relacionados à integração e colaboração na cadeia de suprimentos.

Os questionamentos foram construídos com perguntas, e respostas estruturadas, oferecendo respostas pré-estabelecidas, que podem ser respondidas como atendimento total ou parcial por parte do entrevistado. As respostas seguem uma lógica, dotada de cinco possibilidades para cada questionamento, indo ao encontro à escala Likert, que possibilita demonstrar o grau de atendimento aos aspectos da integração e colaboração. A seguir serão apresentadas as dimensões abordadas, uma breve apresentação e os questionamentos relacionados:

### **Parte I – Integração interfuncional**

Corresponde ao planejamento e ações de ordem externa e interna, incluindo o compartilhamento de ações e bases estratégicas de decisão. Aponta para a integração interna e externa de processos com cruzamento de equipes intra e inter empresas. Compreende-se esse elemento como sendo de natureza de integração tática, denominada “ações conjuntas”, que apontam para a inclusão dos parceiros além das fronteiras organizacionais, podendo ser traduzida no compartilhamento de metas e ações.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

- 1 - A empresa gerencia e fomenta a comunicação com a cadeia de fornecimento?
- 2 - Existem programas que caracterizem a colaboração entre a cadeia de fornecimento e a empresa?
- 3 - A empresa mantém algum processo em que as atividades promovam a participação física de colaboradores na planta do cliente?

4 - A empresa monitora e acompanha processos de negócio existentes na planta ou instalações de seus fornecedores?

## **Parte II – Orientação estratégica para o mercado**

Esse elemento visa apontar a participação dos membros da cadeia de abastecimento na construção das estratégias que deverão nortear as ações da empresa compradora em seu mercado de atuação. O conhecimento das necessidades dos clientes, tais como, valores, produtos, nível de serviço, entre outros, oferecem a possibilidade da construção de diferenciais competitivos que possam permitir a longevidade da cadeia de fornecimento e a manutenção dos atores dentro de seu mercado de atuação.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

1 - A empresa realiza o mapeamento dos aspectos de mercado e análise de suas potencialidades na concepção de seu planejamento estratégico de negócio?

2 - A empresa costuma traduzir e monitorar seu ambiente competitivo?

3 - A empresa atualiza suas ações estratégicas envolvendo a cadeia de fornecedores?

## **Parte III - Sistemas de informação e monitoramento de performance**

O foco principal está no compartilhamento das informações visando o bom desempenho das atividades organizacionais, como a transparência das informações de processos, o que pode ampliar os aspectos de previsibilidade e melhorar os custos da empresa contratada e contratante. Outra vertente desse elemento é o monitoramento de performance por meio de indicadores de desempenho (métricas de ordem financeira, operacional, de mercado e comportamento) junto aos membros da cadeia de suprimentos.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

- 1 - A empresa mantém ações que favoreçam os fornecedores quanto às informações de ordem operacional, aspectos quanto ao giro de estoques, composição de produtos e serviços, ações de marketing ou campanhas internas que possam comprometer o desempenho logístico dos elementos da cadeia de fornecimento?
- 2 - Os processos de aquisição praticados pela empresa são executados com base em tecnologias de informação e comunicação (TIC), garantindo a rápida disponibilidade e o aumento da confiabilidade dos processos?
- 3 - A empresa dispõe de processos que gerem indicadores de desempenho junto aos fornecedores e tais ações geram benefícios aos processos de aquisição?
- 4 - A organização pratica o compartilhamento das informações através de tecnologias de colaboração, de forma que dados referentes aos processos estejam disponíveis por meio de tecnologia de rede aos principais membros da cadeia de fornecedores?

#### **Parte IV - Planejamento conjunto e equitativo**

Essas atividades estão relacionadas ao desenvolvimento de metas e desempenho alinhado e focado no ganho compartilhado e na colaboração mútua entre a empresa e os elementos da cadeia de fornecimento. Da mesma forma, concentra-se nesse item o compartilhamento de riscos e a construção de incentivos, visando o aprimoramento da cadeia de fornecimento. Esses elementos colaboram na governança da cadeia, nos tipos de decisões, participação dos membros e nos aspectos estruturais da cadeia de suprimentos.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

- 1 - O desenvolvimento de novos serviços e/ou produtos está condicionado à participação da cadeia de fornecimento?
- 2 - A empresa estabelece um sistema de incentivos, com fornecedores visando o aprimoramento dos sistemas produtivos?
- 3 - A empresa mantém processos que possam garantir o alinhamento dos objetivos referentes às atividades inerentes à cadeia de suprimentos?

4 - O planejamento da empresa leva em consideração a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores?

## **Parte V - Decisões de estrutura e governança**

Essa dimensão procura centrar-se nas questões estruturais da cadeia de fornecimento, aqui são alvos de análise os acordos, alianças e contratos firmados entre os membros da cadeia de fornecimento.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

1 - A empresa procura construir estruturas de relacionamento com empresas especialistas no segmento de negócio, no caso Saúde, de forma que procure absorver competências específicas, além de enfatizar a especialização dos parceiros?

2 - A empresa busca desenvolver novas competências por meio de alianças estratégicas em sua rede de negócio?

3 - A empresa procura formalizar suas relações de suprimento por meio de contratos de fornecimento junto às fontes habituais?

4 - A empresa atua e forma a minimizar os aspectos relacionados à densidade da cadeia de fornecimentos?

## **Parte VI – Gestão do Relacionamento**

A gestão de relacionamento torna-se importante quando as relações de poder e conflito na cadeia pode comprometer o interesse dos atores, a predisposição a investimentos, bem como aspectos que remetem ao aprimoramento do desempenho individual de seus membros. Ainda é possível haver o comprometimento das partes por diferenças de cultura, expectativas de poder e conflito junto aos parceiros.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

1 - A empresa pratica uma política de relacionamento com os parceiros da cadeia de fornecimento, procurando conhecer seu histórico e desenvolvendo

atividades, visando o aprimoramento no tocante às competências demandadas pela atividade da empresa compradora?

2 - A empresa contratante avalia as empresas fornecedoras quanto à competência e exige uma postura proativa quanto às novas técnicas ou tecnologias disponíveis no mercado?

3 - A empresa procura classificar seus fornecedores quanto ao desempenho e competências apresentados?

4 - A empresa procura realizar a manutenção dos aspectos de confiança e interdependência dos fornecedores no que se refere a sua cadeia de fornecimento?

## **Parte VII - Visão da integração e colaboração**

O entrevistado deverá assinalar uma alternativa de acordo com a intensidade da resposta a ser fornecida. Para cada questão poderá ser aplicada uma resposta de 1 a 5, sendo 1 para menos relacionado e 5 para totalmente relacionado.

Foram estabelecidas as seguintes questões para a avaliação dessa dimensão:

1 - As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa contratante?

2 - As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa fornecedora?

3 - A empresa não está preparada para gerir sua cadeia de fornecimento pela ótica apresentada na integração e colaboração da cadeia?

4 - A mão de obra disponível não é compatível com as práticas apresentadas no tocante à integração e colaboração da cadeia de suprimentos?

5 - A integração e colaboração trazem riscos para a empresa contratante?

6 - Questões como simetria (semelhança) entre as empresas fornecedoras e a contratante colaboraram para o comprometimento de qualquer processo de integração ou colaboração?

7 - A confiança no parceiro, tanto pela ótica do contratante, como no tocante ao fornecedor são cruciais para a aplicação do conceito de integração e colaboração da cadeia de suprimentos?

8 - A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratante?

9 - A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratada?

10 - O mercado está preparado para a prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos junto ao mercado de fornecedores de insumos de Saúde?

A seguir, é solicitado ao entrevistado que atribua um peso, de 1 a 5, para cada uma das seis primeiras dimensões a fim de compreender, na visão do entrevistado, o valor de cada um dos elementos avaliados.

Existe, ainda, um campo para o caso da entrevista ser feita pessoalmente, de forma que o pesquisador possa aferir suas impressões quanto às respostas oferecidas.

O formulário de pesquisa utilizado é fornecido no final da tese, na parte destinada aos anexos.

## **5.11 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS**

Uma vez selecionados os dados para interpretação e análise, os mesmos foram classificados, agrupados quanto aos questionamentos realizados, codificados quanto ao tipo de resposta e analisados por meio de uma planilha eletrônica, visando obter uma representação gráfica do comportamento dos entrevistados para cada dimensão abordada.

Os resultados foram organizados no capítulo a seguir (resultados obtidos, discussão e conclusões) e apresentados ao leitor para a compreensão dos aspectos relacionados à colaboração e integração da cadeia de fornecimento das empresas de atividade hospitalar.

## 5.12 LIMITAÇÃO DA PESQUISA

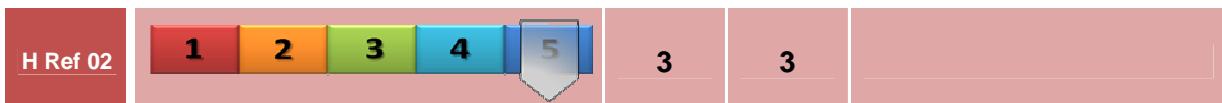
Apesar dos esforços para conduzir a referida pesquisa, alguns fatores limitantes de sua aplicação em todo o universo de entidades prestadoras de serviços de saúde, em foco, os hospitais, devem ser apresentados:

- O setor abordado, conforme apresentado na abordagem do problema, enfrenta diversas dificuldades, questões de ordem estruturais do país e questões de perfil conjuntural, decorrente das políticas adotadas e podem comprometer os resultados.
- O foco do estudo foi caracterizado pelos hospitais de médio porte, pois seriam os estabelecimentos com a aplicação mínima de técnicas ligadas à logística na gestão de suprimentos, excluindo-se os hospitais de grande porte, que oferecem um abismo quanto ao efeito de comparação.
- Outras abordagens poderiam ser realizadas, no âmbito operacional, de gestão de recursos físicos, organização de processos, entre outros, mas não era o foco desta pesquisa, e transformaria o estudo em algo quase interminável.

A pesquisa realizada caracteriza a massa dos entrevistados na amostra, mas não desqualifica as empresas entrevistadas, principalmente aquelas que adotam uma gestão competente e bem planejada.

## 6.0 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES DA PESQUISA

Análise dos Dados						
1 - Dimensão de Integração Interfuncional						
Questão 1						
A empresa gerencia e fomenta a comunicação com a cadeia de fornecimento?						
5	4	3	2	1		
Divulgação de metas e planos, compartilhamento de riscos e informações	Divulgam-se metas para que o fornecedor se adéque a possíveis necessidades	Metas são definidas apenas com fornecedores problemáticos	Não estabelece metas, mas exige um forte grau de conformidade	Não gerencia ou fomenta sistemas de comunicação com a SCM		
Hospital	Resposta			Distâncias		Comentários
	Mediana	Moda				
H1	0	0				
H2	0	0				
H3	1	1	Excede à moda.			
H4	1	1	Excede à moda.			
H5	1	1	Excede à moda.			
H6	0	0				
H7	0	0				
H8	0	0				
H9	2	2	Excede à moda.			
H10	0	0				
H Ref 01	3	3				



### Hospital de Referência



### Análise do Desempenho na Questão

<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 30%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.	2			Total 70%
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	5			

### Comentários Específicos da Questão

A maioria dos hospitais entrevistados (60%) não estabelece ou divulga qualquer meta junto aos fornecedores, porém, exige um grau de conformidade do material adquirido junto a sua cadeia de fornecimento. O máximo apresentado está relacionado ao estabelecimento de metas e divulgação para os fornecedores que historicamente apresentaram problemas nos fornecimentos recentemente.

Os hospitais h3, h4 e h5 apresentam desempenho superior à moda porque tratam as metas numéricas apenas em função das demandas no relacionamento, como exemplo, os fornecedores que apresentam determinados problemas.

O hospital (h9) também apresentou desempenho superior à moda porque apresenta metas numéricas como forma de anteceder as posições de ordem estratégica da empresa, permitindo ao fornecedor adequar-se ou antever as necessidades para o abastecimento futuro na cadeia, embora os aspectos futuros não sejam abordados.

Somente os hospitais de referência praticam a divulgação de metas numéricas e planos visando o atendimento às demandas de mercado com o compartilhamento de riscos e informações presentes ou futuras para a cadeia de fornecimento.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo

percebida qualquer disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 30% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## Análise dos Dados

### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

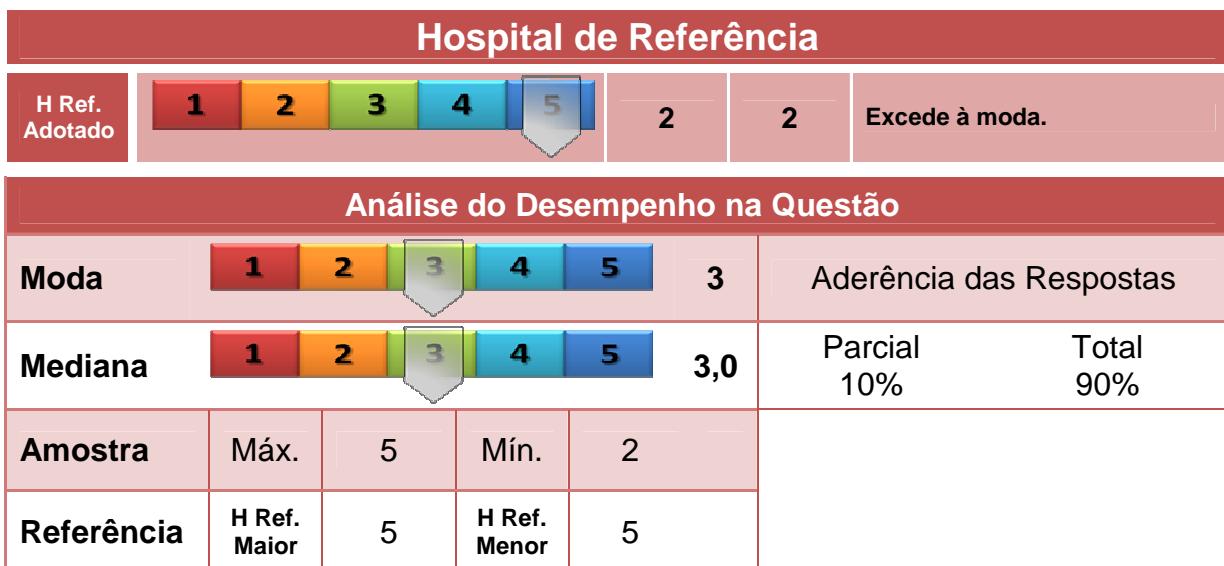
#### Questão 2

**Existem programas que caracterizem a colaboração entre a cadeia de fornecimento e a empresa?**

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Mantém projetos de aprimoramento, reuniões, formação de parcerias e compartilhamento de custos	Ocorrem apenas com os fornecedores chave, visando o aprimoramento da integração e colaboração	Apenas decorrentes da necessidade da contratante, sendo que os custos devem ser por conta do parceiro	Ocorrem em momentos distintos por conta de intercorrências, que comprometam o contratante	A organização não gera programas de colaboração na cadeia de fornecimento.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		0	0	
H3		1	1	Excede à moda.
H4		2	2	Excede à moda.
H5		0	0	
H6		0	0	
H7		0	0	
H8		-1	-1	Inferior à moda.
H9		2	2	Excede à moda.
H10		0	0	
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		2	2	



## Comentários Específicos da Questão

A maioria dos hospitais (60%) tem programas periódicos de colaboração, mas focados apenas nos aspectos e necessidades da empresa contratante, emergencial como exemplo, de forma que os investimentos são de obrigação da empresa parceira. A empresa contratante visa aprimorar o desempenho logístico da cadeia, mas, não onerar o processo produtivo.

O hospital h3 tem desempenho superior à moda porque desenvolve projetos de forma mais frequente, porém, apenas com os fornecedores chave, de forma que, procura aprimorar o desempenho logístico do processo de suprimento, focando no aprimoramento da cadeia de suprimento e na colaboração e integração dos processos.

O hospital h8 apresentou desempenho inferior à moda porque pratica esses programas apenas em momentos distintos, típicos de alguma intercorrência, fruto de algum desconforto na relação de abastecimento, como na falta de material ou não atendimento das condições formalizadas em pedido, descrita nas condições de entrega programadas junto ao fornecedor, gerando desabastecimento e falta de material.

O hospital H9 apresentou um desempenho máximo na avaliação porque mantém projetos de aprimoramento da rede de suprimentos em parceria com os fornecedores, visando o ganho no nível de serviço e divisão dos riscos, incluindo reuniões periódicas, formação de parcerias em novos projetos e compartilhamento

dos custos de implantação. Apresenta os pontos chave, de ordem tática e estratégica dos processos vigentes ou futuros.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebida qualquer disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 30% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## Análise dos Dados

### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

#### Questão 3

A empresa mantém algum processo em que as atividades promovam a participação física de colaboradores na planta do cliente?

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Existem processos que são diretamente geridos pelos fornecedores instalados na planta da empresa.	Existem, porém, apenas são liberadas informações operacionais. Depende da necessidade do contratante	Em função da necessidade apresentada nos processos, são convidadas a participar, porém, em condições provisórias.	Em determinadas situações, são estabelecidas ações locais, podendo ser incluída a participação do fornecedor.	Não são permitidas quaisquer participações de fornecedores na execução de processos intra-organizacionais.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-1	0	Inferior à mediana
H2		1	2	Excede à moda
H3		-1	0	Inferior à mediana
H4		-1	0	Inferior à mediana
H5		1	2	Excede à moda
H6		1	2	Excede à moda
H7		3	4	Excede à moda
H8		-1	0	Inferior à mediana
H9		2	3	Excede à moda
H10		-1	0	Inferior à mediana
H Ref 01		1	2	
H Ref 02		2	3	



## Comentários Específicos da Questão

A metade dos hospitais entrevistados não permite quaisquer participações de fornecedores na execução de processos intraorganizacionais, de forma que essas ações não vão a encontro da política de relacionamento das empresas.

Os hospitais h2, h5 e h6 têm desempenho superior à moda porque permitem a participação dos fornecedores em função das necessidades e da natureza das demandas apresentadas nos processos, e são convidadas a participar do processo, porém, em condições provisórias.

O hospital h7 apresentou o máximo desempenho, pois apresenta processos que são diretamente geridos pelos fornecedores instalados em sua planta, incluindo almoxarifados e setores responsáveis pelo abastecimento, monitorando e acompanhando em tempo real o comportamento do processo, além de comunicar seu expertise de fornecimento, colaborando diretamente com o ganho de desempenho do cliente compreendendo melhor a natureza de suas operações.

O hospital h9 também apresentou desempenho superior à moda porque tem processos geridos pelos fornecedores, porém, apenas são divulgadas informações de ordem operacional, sendo envolvidos fisicamente na atividade dependendo da necessidade, e na medida das demandas, e têm “livre acesso” às áreas de processamento, recebimento e guarda de insumos.

Apesar da moda estar focada na falta de participação dos fornecedores junto aos clientes, há um movimento de ampliação nesse sentido, pois 50% dos hospitais

apresentam o envolvimento do fornecedor em operações internas. Esse movimento pode ser validado pela performance dos hospitais de referência, que demonstram essa prática de maneira mais enfatizada.

Das respostas efetuadas, 10% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## Análise dos Dados

### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

#### Questão 4

A empresa monitora e acompanha processos de negócio existentes na planta ou instalações de seus fornecedores?

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Todos os processos de negócio vigentes na relação da cadeia são amplamente monitorados, com visitas programadas, previsto de forma ampla na relação contratual	Os processos de negócio que impactam diretamente o fornecimento são monitorados por meio de auditorias, visitas técnicas e acompanhamento de desempenho	Fornecedores são monitorados pela relação comercial, condições como preço, qualidade e prazos devem ser atendidos. Visitas pontuais e proteção contratual.	Acompanhamento é realizado pelo desempenho do fornecedor, índices de performance das entregas. Histórico de fornecimento é o instrumento principal	Os processos de negócio não são monitorados no âmbito de Análise da cadeia de fornecimento. O foco é o atendimento aos requisitos contratuais.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-2	-2	Inferior à moda
H2		0	0	
H3		0	0	
H4		-1	-1	Inferior à moda
H5		2	2	Excede à moda
H6		0	0	
H7		0	0	
H8		-2	-2	Inferior à moda
H9		1	1	Excede à moda
H10		0	0	
H Ref 01		1	1	
H Ref 02		1	1	

Hospital de Referência								
H Ref. Adotado	1	2	3	4	5	1	1	Excede à moda
Análise do Desempenho na Questão								
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	3	Aderência das Respostas	
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	3,0	Parcial 10%	Total 90%
<b>Amostra</b>	Máx.	5	Mín.	1				
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	4	H Ref. Menor	4				

Comentários Específicos da Questão				
A metade dos hospitais entrevistados tem os processos de negócio monitorados, inicialmente, com base na relação comercial, de forma que condições como preço, qualidade e prazos estejam no bojo da relação contratual, porém, pontualmente, são conduzidas visitas técnicas com especialistas do setor, mas compensa-se essa prática garantindo que a relação contratual tenha as cláusulas necessárias para manter a proteção para a empresa compradora.				
Os hospitais h1 e h8 têm seu desempenho inferior à moda porque os processos de negócio não são monitorados quanto ao âmbito da análise da cadeia de fornecimento, sendo o foco apenas no atendimento aos requisitos contratuais				
O hospital h4 também apresentou desempenho inferior, porém mais próximo da moda, porque os processos de negócio são fundamentados na qualidade, prazo e preços praticados pelo fornecedor, de forma que o monitoramento é feito com base no histórico de fornecimento e de seu relacionamento com o mercado de saúde. Oportunamente são acompanhados os índices de desempenho do fornecedor após as entregas e utilização dos insumos adquiridos na negociação, gerando visitas comerciais e não de ordem técnica.				
O hospital h5 excede à moda com o máximo desempenho, porque todos os processos de negócio vigentes na relação da cadeia são amplamente monitorados, com visitas programadas, e na relação contratual destacam-se os requisitos de amplo acesso às instalações do fornecedor em momentos oportunos para a				

contratante. Essa condição é contratual e deve ser obedecida para a efetivação da relação de fornecimento. Posteriormente, o histórico de fornecimento é monitorado e gerido frente a metas definidas e às demandas internas da empresa compradora.

O hospital h4 também excede à moda porque os processos de negócio que impactam diretamente na relação de fornecimento ou possam contribuir na construção do nível de serviço com a cadeia produtiva da empresa, são amplamente monitorados por meio de auditorias, visitas técnicas e acompanhamento de desempenho do fornecedor, considerando que no momento que se inicia o relacionamento comercial, tal sistemática é parte integrante da política de desenvolvimento. Posteriormente, o histórico de fornecimento é monitorado e gerido frente a metas definidas com base nas demandas internas da empresa compradora.

Os hospitais de referência apresentaram o mesmo desempenho, sendo superior ao desempenho modal.

Das respostas efetuadas, 10% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## Análise dos Dados

### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

#### Questões 1 a 4

##### Análise Final da Dimensão

#### Questão 1

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência (nota)	
Moda		2		5
Mediana		2,0		
Máximo		4		5
Mínimo		2		5

#### Questão 2

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência (nota)	
Moda		3		5
Mediana		3,0		
Máximo		5		5
Mínimo		2		5

#### Questão 3

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência (nota)	
Moda		1		4
Mediana		2,0		
Máximo		5		4
Mínimo		1		3

#### Questão 4

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência (nota)
Moda	1	2	3	4	5	3
Mediana	1	2	3	4	5	3,0
Máximo	1	2	3	4	5	5
Mínimo	1	2	3	4	5	1

#### Análise Final da Dimensão

##### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência		
Mediana das Modas	1	2	3	4	5	2,8		
Mediana das Medianas	1	2	3	4	5	2,5	Mediana da Moda	1
Máximo	1	2	3	4	5	5	Máximo	1
Mínimo	1	2	3	4	5	1	Mínimo	1

#### Comentários Específicos da Dimensão

##### 1 - Dimensão de Integração Interfuncional

A dimensão de integração interfuncional corresponde ao planejamento e ações de ordem externa e interna, incluindo o compartilhamento de ações e bases estratégicas de decisão. Há a integração interna e externa de processos com cruzamento de equipes intra e interempresas. Esse elemento é de natureza de integração tática, denominada “ações conjuntas”, que apontam para a inclusão dos parceiros além das fronteiras organizacionais, podendo ser traduzida no compartilhamento de metas e ações.

Quanto à primeira questão, relacionada à comunicação e estabelecimento de metas junto às fontes de fornecimento, os aspectos prioritários estão ligados ao atendimento dos pedidos, e as metas são elementos que as empresas contratantes

têm muita dificuldade para desenvolver, uma vez que a rotina de serviço e o quadro bastante enxuto dessas organizações não permitem que suas equipes possam definir ou mesmo monitorar tais aspectos junto a sua cadeia de fornecimento.

Na segunda questão, referente à presença de programas que incentivem a colaboração entre as partes, as condições são específicas das empresas contratantes, é rara a participação efetiva das fontes de fornecimento, e quaisquer investimentos não são partilhados, sendo obrigação do fornecedor tal condição, e a principal preocupação apontada nesse requisito está no custo da contratante.

Na terceira questão, o desempenho dos hospitais avaliados apresentou uma maior dificuldade no que se refere à participação física dos fornecedores junto aos seus clientes nas operações ligadas aos almoxarifados ou atividades relacionadas ao abastecimento dos insumos de processo. Os hospitais têm como prática comportarem-se como uma empresa bastante fechada quanto às fontes de fornecimento, e esse comportamento afasta o contratante dos conhecimentos específicos que poderiam ser oferecidos pelo fornecedor, ficando a seu critério, desenvolver potenciais de aprimoramento quanto às práticas de gestão de suprimentos.

Um elemento que pode ser compreendido como um indicador das práticas do segmento quanto a essa questão, é o fato que, até mesmo os hospitais de referência resguardam-se quanto ao envolvimento dos fornecedores nos processos internos, não atingindo o máximo desempenho e apresentando uma das avaliações mais baixas entre as quatro questões apontadas para a análise da dimensão.

Na quarta questão, quanto ao monitoramento dos processos na planta do fornecedor, tal prática ainda acontece de forma reduzida na gestão da cadeia de fornecimento hospitalar. As equipes trabalham de forma absolutamente enxuta, e tal prática faz com que saídas para visitas aos fornecedores sejam situações absolutamente raras, excluindo-se as questões que criaram qualquer comprometimento de nível de serviço ou custos para o contratante.

Sendo assim, dispensa-se comumente qualquer avaliação qualitativa referente ao desempenho dos fornecedores no inicio da relação. Os hospitais com dimensões próximas a 100 leitos tratam essa questão de maneira mais enfática.

As notas máximas e mínimas demonstram uma forte disparidade entre as práticas observadas, em uma mesma questão, os hospitais de amostra

apresentaram desempenho máximo e mínimo no tocante ao desempenho apresentado.

Outro fator que merece destaque refere-se a poucas ou nenhuma das empresas avaliadas apresentarem nota máxima quanto às questões propostas, de forma geral, a relação comercial é prioritária como elemento de caracterização dos fatores de relacionamento e colaboração interfuncional.

Os hospitais h3, h4, h5 e h9 apresentam número de leitos igual ou superior a 100 unidades, e na maioria dos questionamentos apresentaram desempenho igual ou superior à moda das amostras.

O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para uma mediana das medianas e mediana das modas intermediárias na escala, atingindo 2,5 e 2,8 respectivamente, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

Existe um grande espaço para o aprimoramento dessa dimensão, aproximando as empresas e buscando a transferência de *expertise*, conhecimento das potencialidades declaradas pelo fornecedor e melhoria da colaboração entre as partes envolvidas na cadeia de abastecimento.

## Análise dos Dados

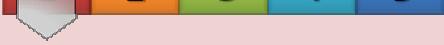
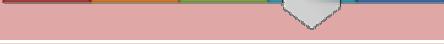
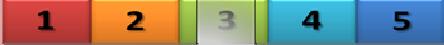
### 2 - Orientação estratégica para o mercado

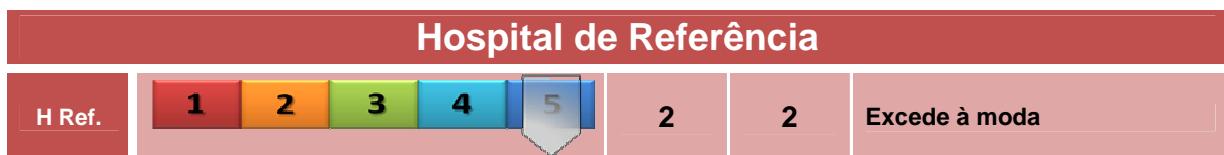
#### Questão 1

A empresa realiza o mapeamento dos aspectos de mercado e análise de suas potencialidades na concepção de seu planejamento estratégico de negócio?

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
São executadas todas as análises necessárias para a construção do plano de negócios, buscando informações, de forma rotineira, quanto à capacidade de resposta dos fornecedores.	São executadas as análises para o desenvolvimento de uma estratégia de médio prazo. Pontualmente, a cadeia pode ser consultada para avaliar a possibilidade da participação	São executadas apenas as Análises para a construção do plano de negócios de curto prazo. Porém, os fornecedores podem opinar na elaboração desses planos. Se necessário, serão consultados	Tais elementos serão estruturados de acordo com as demandas inerentes a cada processo, os fornecedores serão consultados ou desenvolvidos, atendendo definições da alta administração.	O mapeamento de mercado não está relacionado aos aspectos de planejamento de negócio praticado pela empresa.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-1	-1	Inferior à moda.
H2		0	0	
H3		-2	-2	Inferior à moda.
H4		1	1	Excede à moda.
H5		0	0	
H6		0	0	
H7		-1	-1	Inferior à moda.
H8		-2	-2	Inferior à moda.
H9		1	1	Excede à moda
H10		0	0	
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		2	2	



**Análise do Desempenho na Questão**

<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	3	Aderência das Respostas			
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	3	Parcial 28%			
<b>Amostra</b>		Máx.	4	Mín.	1					
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	5						

**Comentários Específicos da Questão**

<p>Os hospitais da amostra têm como comportamento modal no que se refere ao mapeamento do mercado apenas as análises necessárias para a construção do plano de negócios de curto prazos, e os fornecedores podem opinar na elaboração desses planos, porém, somente se forem consultados em decorrência de alguma necessidade, por ocasião de ações que venham a ser tomadas pela empresa compradora.</p> <p>Os hospitais h3 e h8 têm desempenho inferior à moda, porque o mapeamento de mercado não está relacionado aos aspectos de planejamento de negócio praticado pela empresa.</p> <p>Os hospitais h1 e h7 também apresentaram desempenho inferior à moda em função dos processos de planejamento da organização abordar apenas o cenário decorrente de seus anseios, potencialidades de mercado e ações dos concorrentes. Os fornecedores serão consultados ou desenvolvidos, visando o atendimento ao que for definido pela alta administração na elaboração das estratégias e ações de mercado.</p> <p>Os hospitais h4 e h9 apresentam desempenho superior à moda em função de executarem as análises necessárias para o desenvolvimento de uma estratégia de médio prazo, e pontualmente, os membros da cadeia de fornecimento são consultados para participação e aplicação nos modelos futuros de gestão, procurando garantir a adaptabilidade do nível de competitividade esperado pela</p>
---

organização e o atendimento às novas demandas dos clientes.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebidas quaisquer disparidades na avaliação.

Das respostas efetuadas, 28% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 2 - Orientação estratégica para o mercado

**A empresa costuma traduzir e monitorar seu ambiente competitivo?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
A empresa está constantemente revendo sua base competitiva e envolvendo os membros da cadeia produtiva.	A empresa está, na medida das necessidades, revendo sua base competitiva e envolvendo os membros da cadeia produtiva.	Em decorrência de ações mais efetivas do mercado competidor, a empresa reúne esforços para procurar se adaptar as novas demandas.	Periodicamente (anual) são realizadas análises do mercado competitivo visando ações que permitam adaptar a empresa as novas demandas de mercado.	A empresa não monitora o ambiente competitivo em função da natureza e criticidade de suas atividades.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		-1	-1	Inferior à moda
H3		0	0	
H4		-1	-1	Inferior à moda
H5		0	0	
H6		-1	-1	Inferior à moda
H7		0	0	
H8		-1	-1	Inferior à moda
H9		1	1	Excede à moda.
H10		0	0	
H Ref 01		0	0	
H Ref 02		2	2	Excede à moda.

Hospital de Referência								
H Ref. Adotada	1	2	3	4	5	2	2	Excede à moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	3	Aderência das Respostas	
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	3	Parcial 20%	Total 80%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.	2				
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	3				

Metade dos hospitais entrevistados, no que se refere ao monitoramento do ambiente competitivo, reage às ações mais efetivas do mercado competidor, reunindo esforços para procurar adaptar-se às novas demandas de seus clientes, reconfigurando produtos e processos na medida das necessidades e, se necessário, envolvendo os fornecedores em suas novas ações.

Os hospitais h2, h4, h6 e h8 apresentaram desempenho inferior à moda, porque apenas anualmente realizam análises do mercado competitivo para que ações possam adaptar a empresa às novas demandas dos clientes, focando primordialmente os aspectos da microestrutura da empresa, de forma que a cadeia produtiva não é alvo dessas análises.

O Hospital h9 apresenta desempenho superior à moda porque está, na medida das necessidades, revendo sua base competitiva e envolvendo os membros da cadeia produtiva. O processo não é estruturado, porém, é contemplado nas ações organizacionais.

Há uma mudança de comportamento dos hospitais da amostra, uma vez que os hospitais de desempenho inferior estão imediatamente colocados na escala junto ao comportamento modal, e os hospitais de referência demonstram desempenho igual e superior à moda.

Das respostas efetuadas, 28% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 2 - Orientação estratégica para o mercado

**A empresa atualiza suas ações estratégicas envolvendo a cadeia de fornecedores?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
São sempre divulgadas em eventos com fornecedores e com a participação de especialistas	Em função da necessidade em eventos com fornecedores e a participação especialistas	Por meio de comunicados formais, elucidando os fornecedores das tendências projetadas pela empresa	São passadas nos momentos em que o fornecedor se reúne com o departamento de compras para formalização.	Aspectos estratégicos são de interesse da empresa compradora, e não são divididos com a cadeia de fornecimento.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-1	-1	Inferior à moda.
H2		0	0	
H3		-1	-1	Inferior à moda.
H4		0	0	
H5		1	1	Excede à moda.
H6		0	0	
H7		0	0	
H8		0	0	
H9		1	1	Excede à moda.
H10		0	0	
H Ref 01		0	0	
H Ref 02		3	3	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	3	Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	2	Parcial 40%	Total 60%
Amostra	Máx.	3	Mín.	1				
Referência	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	2				

A maioria dos hospitais da amostra (60%) tem como comportamento referente à ações estratégicas envolvendo fornecedores, atualizar as posturas estratégicas da empresa nos momentos em que o fornecedor se reúne com o departamento de compras durante a formalização desse processo de compras.

Os hospitais h1 e h3 têm desempenho inferior à moda porque tem como princípio que os aspectos estratégicos são de interesse da empresa compradora, e dessa forma, não são divididos com a cadeia de fornecimento.

Os hospitais h6 e h9 apresentaram desempenho superior à moda por decorrência da atualização estratégica e ações efetivas serem passadas aos fornecedores por meio de comunicados formais, elucidando a cadeia de fornecimento das tendências vislumbradas pela empresa contratante e suas ações efetivas para manter-se competitiva em seu mercado.

Os hospitais de referência apresentaram desempenho igual e superior à moda das amostras.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

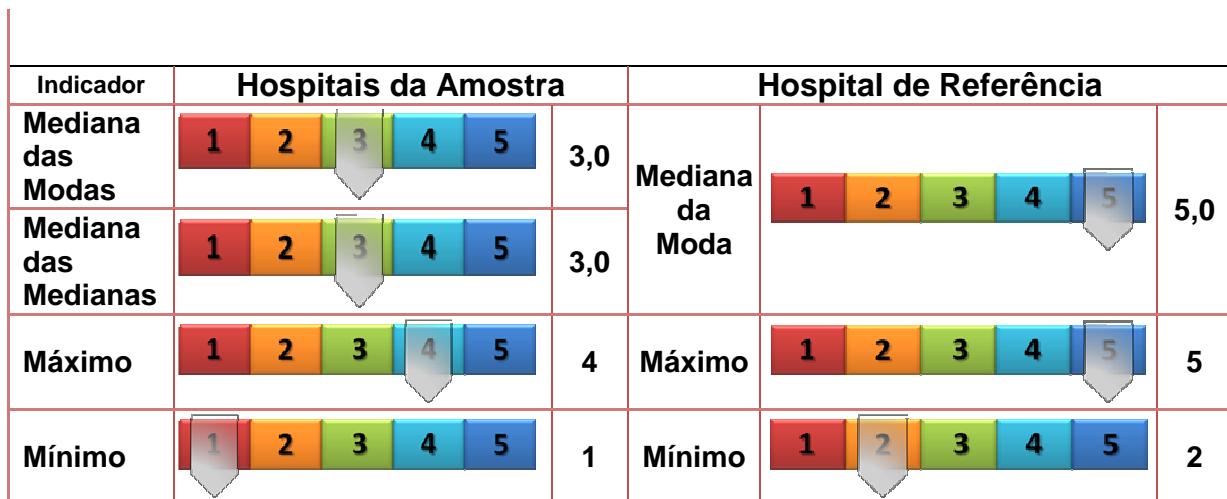
## 2 – Orientação Estratégica para o Mercado

### Análise Final da Dimensão

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência (notas)
Moda	1	2	3	4	5	3
Mediana	1	2	3	4	5	3
Máximo	1	2	3	4	5	4
Mínimo	1	2	3	4	5	1

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência (notas)
Moda	1	2	3	4	5	3
Mediana	1	2	3	4	5	3
Máximo	1	2	3	4	5	4
Mínimo	1	2	3	4	5	2

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência (notas)
Moda	1	2	3	4	5	2
Mediana	1	2	3	4	5	2
Máximo	1	2	3	4	5	3
Mínimo	1	2	3	4	5	1



## 2 – Orientação Estratégica para o Mercado

A dimensão de integração estratégica para o mercado visa apontar a participação dos membros da cadeia de abastecimento na construção das estratégias que deverão nortear as ações da empresa compradora em seu mercado de atuação. O conhecimento das necessidades dos clientes, tais como valores, produtos, nível de serviço, entre outros, oferecem a possibilidade da construção de diferenciais competitivos que possam permitir a longevidade da cadeia de fornecimento e a manutenção dos atores dentro de seu contexto competitivo.

Quanto à primeira questão, procura-se saber como as empresas de atividade hospitalar fazem o mapeamento do mercado de atuação e potenciais novos negócios e de que forma esse mapeamento é inserido no plano estratégico da organização. Essa condição deixa clara uma postura de reação, com um planejamento de curto prazo, e com envolvimento pontual das fontes de fornecimento.

A postura fechada e pouco participativa dos hospitais faz que esse comportamento seja reproduzido junto à cadeia de fornecimento, minimizando a participação dos fornecedores no contexto das operações vigentes e nas possíveis prospecções de novos negócios.

A segunda questão busca verificar como as empresas de atividade hospitalar monitoram o ambiente competitivo, visando efetuar ações que possam minimizar ou

anular ações de ordem concorrencial.

Nesse contexto, o aspecto comportamental dessas empresas ainda se coloca de forma reativa às ações dos concorrentes e à participação dos fornecedores continuam minimizadas.

No tocante a terceira questão, busca-se conhecer como as empresas de atividade hospitalar atualizam seus fornecedores quanto às ações estratégicas; novamente, predomina uma condição mínima de integração, e as ações nesse sentido, apenas são observadas no momento do fechamento de novos contratos, não existindo nenhum processo de manutenção dessas diretrizes.

Um fator que pode auxiliar na compreensão desse comportamento está relacionado a uma avaliação que será apresentada posteriormente, não existindo fidelidade do comprador junto a sua cadeia de fornecimento, aspectos predominantes como o preço, acabam sendo o principal fator competitivo, e fragiliza a possibilidade de aspectos de relacionamento de médio e longo prazo.

Um elemento que deve ser ressaltado quanto à análise dessa dimensão de integração e colaboração está na dificuldade dos hospitais em reconhecer a si mesmos como organizações competitivas, ou seja, um negócio. Sendo assim, aspectos como competição são pouco evidenciados, predominando uma visão de ordem assistencialista, típico do aspecto de atendimento aos pacientes. Quanto à questão do monitoramento do ambiente competitivo e da atualização das diretrizes estratégicas, mesmo os hospitais de referência diferem significativamente nessa prática, apresentando também posturas de baixo desempenho conforme o modelo de avaliação aplicado.

O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para uma mediana e mediana das modas intermediárias na escala, atingindo uma nota igual a 3,0, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

Novamente, existe um grande espaço para melhoria quanto à integração estratégica da cadeia, podendo aprimorar o alvo dos planos de negócio e minimizando possíveis erros no delineamento de novas oportunidades.

### 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

A empresa mantém ações que favoreçam os fornecedores quanto às informações de ordem operacional, aspectos quanto ao giro de estoques, composição de produtos e serviços, ações de marketing ou campanhas internas que possam comprometer o desempenho logístico dos elementos da cadeia de fornecimento?

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Compartilha dados de consumo e ações ligadas aos processos em tempo real, uso de VMI/Vendor Managed Inventory	Informa a cadeia sobre os volumes periódicos de consumo, incrementos são imediatamente informados	Informa a cadeia sobre os volumes de consumo somente de itens críticos, protege sua base de informações	Apenas no momento da formalização de contratos, alterações sofrerão nova cotação junto aos fornecedores	Não fornece informações da base dos processos. A relação é estritamente comercial.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		0	0	
H3		2	2	Excede à moda.
H4		0	0	
H5		1	1	Excede à moda.
H6		0	0	
H7		1	1	Excede à moda.
H8		0	0	
H9		0	0	
H10		2	2	Excede à moda.
H Ref 01		4	4	
H Ref 02		4	4	

Hospital de Referência								
H Ref. Adotado	1	2	3	4	5	4	4	Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	1	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	1,0	Parcial 20%	Total 80%
Amostra	Máx.	3	Mín.		1			
Referência	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor		5			

A maioria dos hospitais entrevistados (60%) tem como comportamento principal não fornecer informações de base operacional, tática ou estratégica quanto a seus processos internos, de forma que a relação com a cadeia é estritamente comercial.

Os hospitais h5 e h7 excedem à moda, porque as informações de consumo são fornecidas no momento de formalização da relação comercial, não disponibilizando informações de processos internos, ou mesmo suas causas. Alterações dessas condições são fornecidas através de novas cotações e pedidas junto aos fornecedores.

Os hospitais h3 e h10 excedem à moda, porque informa os fornecedores apenas sobre o consumo de itens críticos, periodicamente, porém, fica protegida sua base informacional e os aspectos relacionados à concepção das suas previsões de demanda.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebido qualquer disparidade na avaliação.

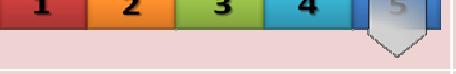
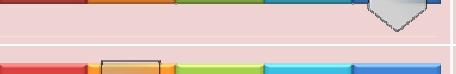
Das respostas efetuadas, 20% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

### 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

**Os processos de aquisição praticados pela empresa são executados com base em tecnologias de informação e comunicação (TIC), garantindo a rápida disponibilidade e o aumento da confiabilidade dos processos?**

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Uso de EDI e portais de compras (web), apoio de sistemas informatizados	Uso de EDI e portais de compras (web), apoio de sistemas informatizados apenas com itens críticos	Uso de email e sistemas informatizados predominantemente	Por meio de pedidos impressos e enviados por fax e contato telefônico com os fornecedores	Não aplica nenhuma tecnologia expressiva na aquisição, máximo contato telefônico

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		2	2	Excede à moda.
H2		0	0	
H3		2	2	Excede à moda.
H4		2	2	Excede à moda.
H5		0	0	
H6		0	0	
H7		0	0	
H8		0	0	
H9		2	2	Excede à moda.
H10		-1	-1	Inferior à moda
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		2	2	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	2	2	Excede à moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	3	Aderência das Respostas	
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	3,0	Parcial 10%	Total 90%
<b>Amostra</b>	Máx.	5	Mín.	2				
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	5				

Metade dos hospitais entrevistados apresentaram como comportamento na aplicação de tecnologias de informação e comunicação nos processos de aquisição o contato com os fornecedores por email, em que são passadas as informações de cotação e retornado pelos fornecedores para a efetivação do pedido por parte do departamento responsável pelas aquisições.

O hospital h10 obteve desempenho inferior à moda porque em decorrência da natureza das atividades realizadas pela empresa, realiza as aquisições predominantemente por meio de pedidos de compra impressos e entregues às fontes de fornecimento por transmissão (FAX) ou pessoalmente.

Os hospitais h1, h3, h4 e h9 apresentaram comportamento superior à moda porque praticam suas aquisições com o uso de tecnologias como EDI (troca eletrônica de dados) e por meio de ambiente virtual (portais de compra), tal como o Bionexo.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebida qualquer disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 10% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

### 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

A empresa dispõe de processos que gerem indicadores de desempenho junto aos fornecedores e tais ações criam benefícios aos processos de aquisição?

#### Síntese das Respostas

	5	4	3	2	1
Mantém indicadores periódicos para todos e exige ações corretivas e preventivas das falhas	Mantém indicadores periódicos para os principais e exige ações corretivas e preventivas das falhas	Sem periodicidade e mantém apenas para acompanhar uma não conformidade no fornecimento	Não mantém, mas estabelece um nível de serviço, problemas são tratados à medida que surgem	Não trata ou mantém qualquer tipo de ações ou indicadores de desempenho para as aquisições.	

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		1,5	--	Excede à menor moda. Superior à mediana da amostra.
H2		-0,5	--	Excede à menor e inferior a maior moda. Inferior à mediana da amostra.
H3		0,5	--	Inferior a maior moda. Superior à mediana da amostra.
H4		0,5	--	Inferior a maior moda. Superior à mediana da amostra.
H5		1,5	--	Excede à menor moda. Superior à mediana da amostra.
H6		-0,5	--	Inferior a maior moda. Inferior à mediana da amostra.
H7		-1,5	--	Inferior à menor moda. Inferior à mediana da amostra.
H8		-1,5	--	Inferior à menor moda. Inferior à mediana da amostra.
H9		1,5	--	Excede à menor moda. Superior à mediana da amostra.
H10		-0,5	--	Inferior à menor moda. Inferior à mediana da amostra.
H Ref 01		2,5	--	
H Ref 02		2,5	--	

Hospital de Referência							
H Ref. Adotado	1	2	3	4	5	2,5	--
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	2-4	Aderência das Respostas
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,5	Parcial 20% Total 80%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.	1			
<b>Referência</b>	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	5			

A distribuição dos hospitais entrevistados como amostras para a utilização de indicadores de desempenho apresentou uma condição bimodal, com 30% das empresas tendo um desempenho mais modesto, de forma que não alimenta indicadores de desempenho, mas estabelecendo um nível de serviço junto a sua cadeia de fornecimento, e possíveis não conformidades são tratadas à medida que surgem, minimizando esforços, custos e apontando ações mais efetivas para a organização.

Outros 30% dos hospitais mantêm diversos indicadores que permitem avaliar o desempenho dos principais fornecedores, sendo periódicos, e são apontadas as principais deficiências na relação de fornecimento, cobrando da cadeia de fornecimento ações corretivas e/ou preventivas no sentido de minimizar os efeitos da performance desses fornecedores.

Os hospitais h7 e h8 apresentaram um desempenho inferior à menor moda, pois não tratam ou mantêm qualquer tipo de ações ou indicadores de desempenho em seus processos de aquisição.

Os hospitais h3 e h4 apresentaram um desempenho superior à menor moda, mas ainda inferior a maior moda apresentada, pois mantêm indicadores que são acionados apenas quando existem não conformidades no fornecimento, sem periodicidade, mas elucidam os fornecedores quanto às principais dificuldades observadas.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebida qualquer disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 20% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

### 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

A organização pratica o compartilhamento das informações através de tecnologias de colaboração, de forma que dados referentes aos processos estejam disponíveis por meio de tecnologia de rede aos principais membros da cadeia de fornecedores?

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Pratica para todos os fornecedores da empresa.	Pratica apenas aos fornecedores mais significativos.	Limitada aos volumes de consumo e estoque de produtos para todos os fornecedores	Limitada aos volumes de consumo e estoque de produtos para os principais fornecedores	Não disponibiliza as informações em rede para a cadeia de fornecimento.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		0	0	
H3		2	2	Excede à moda.
H4		4	4	Excede à moda.
H5		0	0	
H6		0	0	
H7		1	1	Excede à moda.
H8		0	0	
H9		0	0	
H10		0	0	
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		4	4	

Hospital de Referência								
H Ref. Adotada	1	2	3	4	5	4	4	Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	1	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	1,0	Parcial 10%	Total 90%
Amostra	Máx.	5	Mín.	1				
Referência	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	3				

A maioria dos hospitais (70%) entrevistados referente ao uso de tecnologias de colaboração apontaram que não disponibilizam as informações por meio de rede para a cadeia de fornecimento.

Os hospitais h3, h4 e h7 tiveram um desempenho superior à moda, de forma que: o hospital h3 disponibiliza as informações por meio de rede, porém limitando-se aos volumes de consumo e estoque de produtos para todos os fornecedores; o hospital h4 A empresa pratica a disponibilização de suas informações em rede a todos os fornecedores do processo; e o hospital h7 pratica a disponibilização das informações por meio de rede, porém, limitando-se aos volumes de consumo e estoque de produtos para os principais fornecedores.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, sendo percebida disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 10% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

### 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

#### Análise Final da Dimensão

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		1		5
Mediana		1,0		
Máximo		3		5
Mínimo		1		5

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		3		5
Mediana		3,0		
Máximo		5		5
Mínimo		2		5

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		2-4		5
Mediana		2,5		
Máximo		4		5
Mínimo		1		5

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		1
Mediana		1,0
Máximo		5
Mínimo		1

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Mediana das Modas		2
Mediana das Medianas		1,8
Máximo		5
Mínimo		1
Mediana da Moda		
Máximo		
Mínimo		

3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance
<p>A dimensão de sistemas de informação e monitoramento de performance tem como foco principal o compartilhamento das informações visando o bom desempenho das atividades organizacionais, tal como a transparéncia das informações de processos, podendo ampliar a previsibilidade e melhorar os custos da empresa contratada e contratante. Refere-se, também, ao monitoramento de performance por meio de indicadores de desempenho (métricas de ordem financeira, operacional, de mercado e comportamental) junto aos membros da</p>

cadeia de suprimentos.

Quanto à primeira questão, que visa verificar se a empresa mantém uma sistemática de acesso a informações que favoreçam os fornecedores quanto ao giro de estoques, ações de marketing e composição de produtos, para resguardar os fornecedores quanto a picos de consumo e anteceder ações, que possam minimizar possíveis rupturas no sistema produtivo do hospital, foi observado que as empresas compradoras não disponibilizam informações de ordem operacional ou tática a seus fornecedores, isso compromete e aumenta o risco de desabastecimento do processo.

Questões como a mencionada acima podem ser explicadas em função da agilidade desenvolvida pelos fornecedores em atender pedidos de urgência junto a seus clientes, podendo disponibilizar materiais diversos em prazos inferiores a duas horas depois de efetuado o pedido, porém, pagando-se o preço pela urgência.

Quanto à segunda questão, que procura abordar o uso de tecnologias de informação e comunicação na operação de aquisição, constatou-se predominantemente a aquisição por meio de emissão de pedidos físicos e enviados por e-mail.

A participação de tecnologias como EDI e portais de aquisição são utilizadas de forma pouco representativa. A parcialidade no uso dessas tecnologias está caracterizada pela compreensão do processo de compras, não visto como um processo principal na organização, o foco está na operação, e as tecnologias mais latentes estão nos ambulatórios, clínicas e laboratórios do hospital.

Na terceira questão, é avaliado o uso de indicadores de desempenho no monitoramento da performance dos fornecedores, e foi encontrada uma distribuição bimodal, em que parte dos hospitais usam indicadores periódicos junto aos fornecedores e outra parte não aplica, usando apenas as situações que sejam identificadas não conformidades no fornecimento. O quadro enxuto e a baixa adoção de tecnologias de informação dificultam esse monitoramento por parte dos compradores.

Quanto à quarta questão, que se refere ao uso de tecnologias de colaboração por meio de redes de comunicação, a predominância foi caracterizada

pela não disponibilização de informações à cadeia de fornecimento por meio de redes de comunicação. Esse comportamento pode ser explicado pelo tipo de relacionamento dos hospitais com seus fornecedores, galgado em desconfiança e baixo grau de parceria, como será explicitado mais adiante.

O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para uma mediana e mediana das modas intermediárias na escala, atingindo uma nota igual a 1,8 e 2,0 respectivamente, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

Novamente pode ser visualizado um grande espaço para o aprimoramento dos hospitais no tocante à respectiva dimensão, principalmente, porque os hospitais de referência apresentaram um desempenho próximo ao topo da escala.

Um melhor monitoramento e integração tecnológica dos processos entre fornecedor e comprador, no caso o hospital, permite um ganho significativo na gestão, monitoramento de desempenho e melhoria da confiabilidade na cadeia de suprimentos.

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

**O desenvolvimento de novos serviços e/ou produtos está condicionado à participação da cadeia de fornecimento?**

##### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Todos os desenvolvimentos têm a participação dos fornecedores (tecnologia, custos e expertise)	Desenvolvimentos críticos têm a participação dos fornecedores (tecnologia, custos e expertise)	Apenas na elaboração para coleta de preços e definição de fontes potenciais de fornecimento	Apenas na fase de cotação de recursos, visando adquirir os preços e avaliar a viabilidade	Os fornecedores não são consultados em novos projetos.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		1	1	Excede à moda.
H3		-1	-1	Inferior à moda.
H4		4	4	Excede à moda.
H5		0	0	
H6		1	1	Excede à moda.
H7		0	0	
H8		-1	-1	
H9		0	0	
H10		2	2	Excede à moda.
H Ref 01		0	0	
H Ref 02		3	3	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	3	Excede à moda
Moda	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 30%	Total 70%
Amostra	Máx.	5	Mín.	1				
Referência	H Ref. Maior	5	H Ref. Menor	2				

Uma parcela significativa dos hospitais (40%) entrevistados apontam que os fornecedores participam dos novos desenvolvimentos somente na fase de cotação dos novos recursos, sendo alvo de negociação, a adequação dos novos desenvolvimentos com o intuito de proporcionar viabilidade aos novos projetos.

Os hospitais h2, h4, h6 e h10 tiveram um desempenho superior à moda, de forma que: os hospitais h2 e h6 expõem os novos desenvolvimentos a partir de sua elaboração, permitindo adequações dos novos projetos a linhas específicas de seus fornecedores, o que permite custos otimizados no momento da cotação.

O hospital h4 tem todos os desenvolvimentos de produtos e serviços envolvendo os fornecedores quanto à tecnologia e visando adequar os curtos as expectativas do projeto. Tal postura permite a empresa fazer uso do *expertise* do fornecedor no momento do desenvolvimento.

O hospital h10 tem a mesma postura do hospital h4, porém, aplicada apenas aos produtos e serviços considerados como críticos.

Os hospitais h3 e h8 apresentam um desempenho inferior à moda, por não consultarem os fornecedores no momento de novos desenvolvimentos, omitindo sua cadeia de fornecimento no momento da ampliação de serviços ou busca de novos produtos para atender um novo processo.

Os hospitais de referência nessa questão apresentaram o máximo desempenho, embora fossem verificadas disparidades em sua avaliação.

Das respostas efetuadas, 30% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

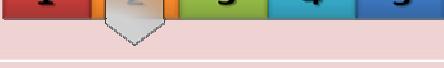
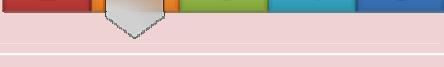
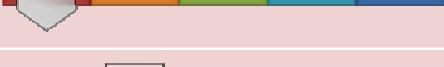
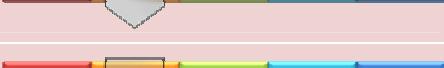
Os aspectos de participação das fontes de fornecimentos nos novos desenvolvimentos deixam espaço para o aprimoramento quanto a esse requisito no contexto da pesquisa apresentada.

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

**A empresa estabelece um sistema de incentivos, com fornecedores visando o aprimoramento dos sistemas produtivos?**

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Por meio de premiações, diferenciações nos valores pagos e programas de debates	Por meio de premiações, diferenciações nos valores pagos e programas de debates para fornecedores de itens críticos	Resume-se ao monitoramento da performance e a devida comparação da mesma com as metas estabelecidas	Estão vigentes na política de compras, bons resultados (preço e desempenho) garantem a manutenção dos pedidos.	Não mantidas quaisquer políticas de incentivos para os membros da cadeia de fornecimento.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-1	-1	Inferior à moda.
H2		0	0	
H3		0	0	
H4		-1	-1	Inferior à moda.
H5		0	0	
H6		0	0	
H7		0	0	
H8		-1	-1	Inferior à moda.
H9		0	0	
H10		0	0	
H Ref 01		0	0	
H Ref 02		-1	-1	



A maioria dos hospitais (70%) estabelece como incentivos apenas as determinações vigentes na política de compras das empresas, de forma que o desempenho de produto e o preço praticado, estando dentro dos parâmetros determinados para aquela família de produtos ou serviços adquiridos, garantem a manutenção dos pedidos fornecidos pela cadeia de suprimentos. Não existe nenhuma diferenciação de valores pagos por decorrência de atendimento, desempenho superior, parcerias ou mesmo atendimento a requisitos específicos.

Os hospitais h1, h4 e h8 têm desempenho inferior à moda por não manterem quaisquer políticas de incentivos à cadeia de fornecimento quanto ao aprimoramento do sistema produtivo.

A questão apresentada obteve o desempenho dos hospitais de referência dentro da moda, embora seja encontrada disparidade, não sendo visualizado nenhum desempenho superior à moda, mesmo nos hospitais tidos como referência no estudo.

Os hospitais de referência apresentaram um desempenho compatível com à moda, com disparidade na avaliação.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para a questão abordada.

Não é possível verificar nenhuma tendência de aprimoramento desse requisito no comportamento dos hospitais da amostra, uma vez que nenhum dos entrevistados apontou um comportamento superior à moda da distribuição.

O hospital tem um comportamento bem definido quanto aos aspectos de incentivos, apenas sendo menores entre aqueles que apresentam um menor porte no número de leitos.

O cenário de incentivos para a cadeia de fornecimento não contempla qualquer aspecto diferenciado para os fornecedores por um comportamento diferenciado, parceria ou afinidade com o cliente.

De certa forma, esse formato de relacionamento inibe o desenvolvimento da cadeia no sentido de aprimorar seus laços e o grau de integração dos fornecedores na cadeia.

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

**A empresa mantém processos que possam garantir o alinhamento dos objetivos referentes às atividades inerentes a cadeia de suprimentos?**

##### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Ouve todos os fornecedores para avaliar o alinhamento e permitir sinergia e otimização dos investimentos na cadeia produtiva	Ouve os fornecedores de itens críticos para avaliar o alinhamento e permitir sinergia e otimização dos investimentos na cadeia produtiva	Sempre que possível, observam os fornecedores significativos, o alvo na escolha dos objetivos são os anseios da empresa	Definido pela alta administração, os fornecedores são consultados quanto ao interesse em continuar como fontes de fornecimento.	Não são tomadas ações de alinhamento estratégico quanto as fonte de fornecimento e a empresa compradora.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		2	2	Excede à moda.
H2		-1	-1	Inferior à moda.
H3		0	0	
H4		0	0	
H5		2	2	Excede à moda.
H6		-1	-1	Inferior à moda.
H7		0	0	
H8		-1	-1	Inferior à moda.
H9		0	0	
H10		0	0	
H Ref 01		3	3	
H Ref 02		3	3	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	3	Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 40%	Total 60%
Amostra	Máx.	4	Mín.		1			
Referência	Href. maior	5	Href. menor		5			

A metade dos hospitais define como processos para manter o alinhamento dos objetivos da cadeia de fornecimento, a definição de metas como um parâmetro exclusivo das políticas da alta administração da empresa compradora, e os fornecedores apenas são consultados para avaliar seu interesse em continuar no mix de fontes de fornecimento.

Os hospitais h1 e h5 demonstram um desempenho superior à moda da distribuição, pois os aspectos de definição de metas observam apenas os fornecedores significativos, e o principal alvo na escolha dos objetivos são os anseios da empresa compradora, porém existe um viés junto aos fornecedores.

Esse comportamento contribui com a manutenção das relações de colaboração e integração da cadeia, pois os fornecedores podem ter conhecimento dos objetivos organizacionais por parte do cliente e procurar adequar-se às novas expectativas por parte do contratante.

Os hospitais h1 e h5 apresentaram um desempenho inferior à moda, pois não são tomadas quaisquer ações relacionadas ao alinhamento estratégico quanto às fontes de fornecimento e a empresa compradora.

O risco decorrente da falta de alinhamento estratégico entre as partes da cadeia de fornecimento pode trazer a súbita suspensão do fornecimento, visto o possível desinteresse do fornecedor em continuar os mesmos níveis de negócios mantidos junto à empresa compradora.

Os aspectos demonstrados pelos hospitais h1 e h5 apontam para uma

tendência de aproximação das empresas contratantes junto aos fornecedores de produtos e serviços.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, não sendo percebida qualquer disparidade na avaliação.

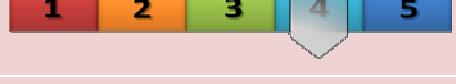
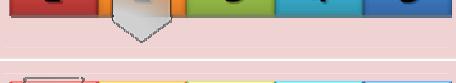
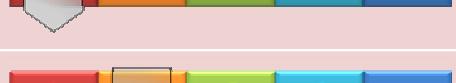
Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para a questão abordada.

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

**O planejamento da empresa leva em consideração a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores?**

#### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Os fornecedores são amplamente contemplados nessas avaliações	Apenas os principais fornecedores são contemplados nessas avaliações	Pontualmente, poderão ser levados em consideração os aspectos competitivos dos fornecedores.	Capacidade de investimento e competências são primordiais para ser um fornecedor.	Não é um elemento de Análise para fornecedores.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-1	--	Igual à menor moda. Inferior à mediana.
H2		-1	--	Igual à menor moda. Inferior à mediana.
H3		3	--	Excede a maior moda. Excede à mediana.
H4		0	--	Igual a maior moda.
H5		0	--	Igual a maior moda.
H6		-1	--	Igual à menor moda. Inferior à mediana.
H7		0	--	Igual a maior moda.
H8		1	--	Excede a maior moda. Excede à mediana.
H9		0	--	Igual a maior moda.
H10		-1	--	Igual à menor moda. Inferior à mediana.
H Ref 01		4	--	
H Ref 02		1	--	

Hospital de Referência							
H Ref.	1	2	3	4	5	5	--
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	1-2	Aderência das Respostas
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 40% Total 60%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.		1		
<b>Referência</b>	Href. Maior	5	Href. Menor		3		

A distribuição dos hospitais entrevistados como amostras para conhecer se a empresa leva em consideração a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores na cadeia de fornecimento apresentou uma condição bimodal, tendo 40% das empresas têm um desempenho cujos elementos não são um ponto de análise junto as fontes de fornecimento dos hospitais entrevistados.

Outros 40% dos hospitais apontam que tais parâmetros são primordiais para manter-se dentro da cadeia de fornecimento da empresa compradora, porém cabe ao fornecedor adequar-se ao cenário desejado.

Ainda assim, os hospitais h3 e h8 apresentaram um desempenho superior a maior moda, pois: o hospital h3 considera esses aspectos somente para os fornecedores dos itens principais, ou denominados como críticos para a cadeia de fornecimento da empresa compradora.

O hospital h8 aponta que parâmetros como esses aparecem de forma pontual, podendo ser levados em consideração os aspectos competitivos dos fornecedores.

Há uma tendência no aumento da busca de fontes de fornecimento que tenham capacidade de investimento, capacidade produtiva e interesse estratégico por parte dos compradores de insumos hospitalares. Esse cenário oferece segurança ao contratante quanto à continuidade do relacionamento e permite a

formação de parcerias de longo prazo entre as partes.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho, porém são percebidas disparidades.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

##### Análise Final da Dimensão

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência				
Moda	1	2	3	4	5	2	1	2	3	4
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	1	2	3	4
Máximo	1	2	3	4	5	5	1	2	3	4
Mínimo	1	2	3	4	5	1	1	2	3	4

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência				
Moda	1	2	3	4	5	2	1	2	3	4
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	1	2	3	4
Máximo	1	2	3	4	5	2	1	2	3	4
Mínimo	1	2	3	4	5	1	1	2	3	4

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência				
Moda	1	2	3	4	5	2	1	2	3	4
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	1	2	3	4
Máximo	1	2	3	4	5	4	1	2	3	4
Mínimo	1	2	3	4	5	1	1	2	3	4

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		1-2
Mediana		2,0
Máximo		4
Mínimo		1

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Mediana das Modas		2,0
Mediana das Medianas		2,0
Máximo		5
Mínimo		1

#### 4 – Planejamento Conjunto e Equitativo

A dimensão de planejamento conjunto e equitativo corresponde ao desenvolvimento de metas e desempenho alinhado e focado no ganho compartilhado e na colaboração mútua entre a empresa e os elementos da cadeia de fornecimento. Concentram-se nesse item o compartilhamento de riscos e a construção de incentivos, visando o aprimoramento das relações na cadeia de fornecimento. Esses elementos colaboram na governança da cadeia, nos tipos de decisões, participação dos membros e nos aspectos estruturais da cadeia de

suprimentos.

Quanto à primeira questão, relacionada à participação da cadeia de fornecimento no desenvolvimento de novos produtos e serviços, o comportamento modal da participação dos fornecedores na condução do desenvolvimento de novos produtos e serviços é bastante tímido, concentrando-se no momento da cotação. Embora seja importante ressaltar que 40% dos hospitais entrevistados tenham demonstrado um comportamento superior à moda, o que caracteriza uma tendência de ampliação dessa participação por parte das empresas compradoras junto a sua cadeia de fornecimento. Esse comportamento aponta para ganhos na cadeia produtiva, além da melhoria da efetividade no momento de novos desenvolvimentos, sejam eles de produtos ou serviços.

Na segunda questão, o estabelecimento de um sistema de incentivos junto aos fornecedores visando o aprimoramento dos sistemas produtivos, as empresas são aparentemente unânimes em ter um desempenho, de forma que os atendimentos aos requisitos de qualidade e preço são a melhor forma de manter os contratos. Os contratantes de produtos e serviços não estão dispostos a pagar mais por um relacionamento diferenciado junto a sua cadeia de fornecimento. Um aspecto que merece destaque nessa questão é que até o momento, os hospitais utilizados como referência, comumente apresentavam desempenho superior à moda, mas nesse caso, os mesmos apresentam um desempenho igual à moda, consolidando o comportamento do mercado quanto a esse questionamento.

Na terceira questão, o desempenho dos hospitais quanto ao estabelecimento de processos que possam garantir o alinhamento dos objetivos referentes às atividades inerentes à cadeia de suprimentos aponta como processos para manter o alinhamento dos objetivos da cadeia de fornecimento, a definição de metas como um parâmetro exclusivo das políticas oriundas da alta administração da empresa compradora, e os fornecedores apenas são consultados para avaliar seu interesse em continuar no mix de fontes de fornecimento. Esse elemento apresenta uma baixa preocupação com tais aspectos, além de demonstrar uma relação leonina entre as partes. Porém existe uma parcela significativa dos hospitais da amostra com desempenho superior à moda, o que pode ser caracterizado como um possível período de transição, uma vez que os hospitais de referência também demonstram desempenho superior à moda.

Na quarta questão, procura-se saber se a empresa leva em consideração, em seu planejamento, a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores, foi possível observar que existe uma distribuição bimodal, e reconhece-se a importância desses elementos, mas são transferidos para o fornecedor todas as responsabilidades pelo seu atendimento, embora uma parcela de igual teor, não aponta esses elementos como sendo uma preocupação no momento do desenvolvimento de novas fontes. Existem hospitais da amostra que demonstram desempenho superior às modas, incluindo os hospitais de referência. Tal cenário também permite observar uma transição quanto à importância desses elementos na relação de fornecedor e comprador.

As notas máximas e mínimas demonstram uma forte disparidade entre as práticas observadas, em uma mesma questão, os hospitais da amostra apresentaram desempenho máximo e mínimo no desempenho apresentado, porém, quanto a essa dimensão, há um distanciamento menor entre a opinião dos entrevistados. Talvez essa condição represente um maior consenso do mercado quanto aos questionamentos apresentados, frisando a condição fechada das empresas contratantes (hospitais na relação com seus fornecedores).

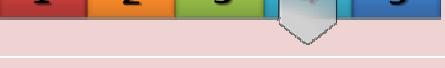
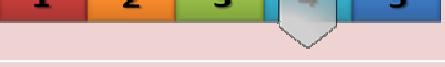
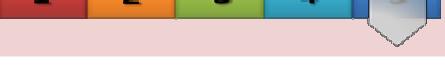
O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para uma mediana das medianas e mediana da moda inferiores ao centro da escala, atingindo 2,0 e 2,0 respectivamente, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

**A empresa procura construir estruturas de relacionamento com empresas especialistas no segmento de negócio, no caso saúde, procurando absorver competências específicas além de enfatizar a especialização dos parceiros?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Ter conhecimento dos ramos de atuação e do segmento da empresa é um pré-requisito	Conhecimento do ramos de atuação e do segmento da empresa é um pré-requisito para itens críticos	Conhecimento dos ramos de atuação e do segmento da empresa apenas é um pré-requisito para atividades específicas	Preferencial, porém, não primordial. Fornecedores de todos os segmentos são bem-vindos.	Não existe qualquer preferência no que tange a empresas que atuam no segmento de negócio da empresa compradora.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		-0,5	0	
H2		0,5	1	Excede à moda
H3		-0,5	0	
H4		-0,5	0	
H5		1,5	2	Excede à moda
H6		0,5	1	Excede à moda
H7		1,5	2	Excede à moda
H8		-1,5	-1	Inferior à moda
H9		-0,5	0	
H10		0,5	1	Excede à moda
H Ref 01		1,5	2	
H Ref 02		2,5	3	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	2,5	3	Excede à moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas	
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,5	Parcial 20%	Total 80%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.	1				
<b>Referência</b>	Href. Maior	5	Href. Menor	4				

A distribuição dos hospitais entrevistados como amostras para conhecer se a empresa procura construir relacionamentos com empresas especialistas no segmento de negócio, no caso saúde, para absorver competências específicas, além de enfatizar a especialização dos parceiros, aponta para um comportamento modal, em que esse fator é preferencial, porém não primordial para o relacionamento comercial, sendo assim, fornecedores de outros segmentos são bem-vindos, sem qualquer impeditivo.

Um dos hospitais entrevistados, denominado na pesquisa como h8, apresentou um desempenho inferior ao comportamento modal, de forma que não apresenta qualquer preferência quanto as empresas que atuam no segmento de negócio da empresa compradora.

Os hospitais h2, h5, h6, h7e h10 apresentaram desempenho superior à moda: para os hospitais h2, h6 e h10, a especialização apenas é um requisito para atividades específicas de contratação, podendo haver participação de outras empresas especializadas em segmentos difusos sem prejuízo de concorrência.

E para os hospitais h5 e h7, há a busca de fontes de fornecimento, para os itens determinados como críticos, o conhecimento profundo do ramo de atividade da empresa e seu mercado de atuação são pré-requisitos para o aprimoramento da relação comercial com o fornecedor.

Existe uma forte tendência no aprimoramento da busca de fontes de

fornecimento, com afinidade com o segmento que está fornecendo materiais e serviços. Esse cenário oferece maior segurança ao contratante no que se refere à competência e conhecimento das regras de negócio no segmento de.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho, porém são percebidas disparidades.

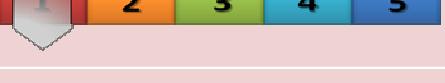
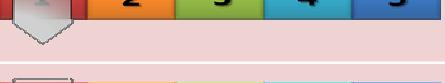
Das respostas efetuadas, apenas 20% dos hospitais entrevistados na pesquisa, apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

**A empresa busca desenvolver novas competências por meio de alianças estratégicas em sua rede de negócio?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
As competências são alimentadas na busca de parceiros que possam agregar valor e criar vantagens competitivas	As competências são alimentadas na busca de parceiros de itens críticos agregando valor e vantagens competitivas	De forma não sistemática, busca alianças, porém essas práticas estão restritas a política de fornecimento	Quando possível, procura auxílio para aprimorar os processos junto aos fornecedores, porém está restrita a política	A empresa não pratica alianças em seu ramo de atividade, de forma que as relações geridas são apenas de fornecimento.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		1	2	Excede à moda.
H2		-1	0	
H3		0	1	Excede à moda.
H4		0	1	Excede à moda.
H5		1	2	Excede à moda.
H6		-1	0	
H7		-1	0	
H8		-1	0	
H9		0	1	Excede à moda.
H10		2	3	Excede à moda.
H Ref 01		3	4	
H Ref 02		3	4	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	4	Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	1	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	2	Parcial 10%	Total 90%
Amostra	Máx.	4	Mín.	1				
Referência	Href. Maior	5	Href. Menor	5				

A distribuição modal para os hospitais entrevistados, para conhecer se a empresa busca desenvolver novas competências por meio de alianças estratégicas em sua rede de negócio, demonstrou que as empresas não praticam alianças em seu ramo de atividade, e as relações geridas são apenas de fornecimento de insumos (produtos e serviços) para os contratantes.

Nenhum dos hospitais entrevistados apresentou um desempenho inferior ao comportamento modal, uma vez que representa a menor nota na escala de avaliação.

Os hospitais h1, h3, h4, h5, h9e h10 apresentaram desempenho superior à moda, dessa forma temos:

Para os hospitais h3, h4 e h9, na medida do possível, a empresa procura auxílio para aprimoramento dos processos junto aos fornecedores, porém essas práticas estão restritas às políticas de fornecimento estabelecidas pela alta administração.

Os hospitais h1 e h5 realizam, de forma não sistemática, alianças para aprimoramento dos processos e de seu desempenho, porém essas práticas estão restritas à política de fornecimento estabelecida pela alta administração, e são para todos os fornecedores.

Para o hospital h10, as competências são alimentadas na busca incessante de parceiros que possam agregar valor aos processos e remeter uma vantagem

competitiva à empresa contratante, e essas ações são aplicadas tipicamente para fornecedores de itens críticos.

Há uma forte tendência no aprimoramento da busca de competências por meio de alianças, visto que a maioria (60%) dos entrevistados apresentaram desempenho superior à moda.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho e não são percebidas disparidades.

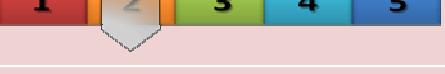
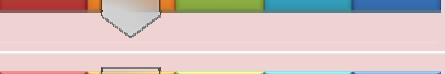
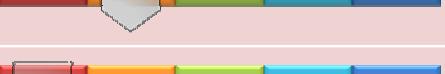
Das respostas efetuadas, apenas 10% dos hospitais entrevistados na pesquisa apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

**A empresa procura formalizar suas relações de suprimento por meio de contratos de fornecimento junto às fontes habituais?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Os contratos de fornecimento são primordiais, em todos os itens adquiridos para segurança na relação de aquisição	Os contratos de fornecimento são executados apenas com fontes de itens críticos	As relações contratuais são pontuais, ocorrem apenas com as fontes habituais de grande impacto	Evita a prática de relações contratuais, onera e compromete a agilidade. Apenas quando exigem grande segurança jurídica.	A empresa não pratica relação contratual com a cadeia de fornecimento

Hospital	Resposta	Distâncias		
		Mediana	Moda	
H1		-0,5	--	Inferior a maior moda.
H2		0,5	--	Excede à menor moda.
H3		0,5	--	Excede à menor moda.
H4		1,5	--	Excede a maior moda.
H5		-0,5	--	Inferior a maior moda.
H6		0,5	--	Excede à menor moda.
H7		-0,5	--	Inferior a maior moda.
H8		-0,5	--	Inferior a maior moda.
H9		-1,5	--	Inferior à menor moda.
H10		0,5	--	Excede à menor moda.
H Ref 01		0,5	--	
H Ref 02		2,5	--	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	2,5	--	Excede a maior moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	2-3		Aderência das Respostas
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,5	Parcial 10%	Total 90%
<b>Amostra</b>	Máx.	4		Mín.	1			
<b>Referência</b>	Href. Maior	3		Href. Menor	5			

A distribuição dos hospitais entrevistados como amostras, para conhecer se a empresa procura formalizar suas relações de suprimento por meio de contratos de fornecimento junto às fontes habituais apresentou uma condição bimodal, com 40% das empresas evitando a prática de relações contratuais, uma vez que tal processo onera e compromete a agilidade nas relações de fornecimento. Essas apenas são praticadas, com baixíssima incidência, nos itens adquiridos, e que exigem grande segurança jurídica.

Outros 40% dos hospitais apontam que as relações contratuais são executadas pontualmente, apenas com as fontes habituais de grande impacto, tendo pequena representação no universo de negócios realizados junto à cadeia de fornecimento.

O hospital h9 apresentou um desempenho inferior à menor moda, pois a empresa não pratica relação contratual com a cadeia de fornecimento.

O hospital h5 apresentou um desempenho superior à maior moda, pois os contratos de fornecimento são executados apenas com fontes de itens críticos para o abastecimento da empresa compradora.

É possível assistir a uma tendência do aumento da busca de contratos de fornecimento junto às fontes habituais. Esse procedimento oferece maior segurança ao contratante no que se refere aos aspectos jurídicos e de compartilhamento das responsabilidades junto a sua cadeia de fornecimento.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho, porém são percebidas disparidades.

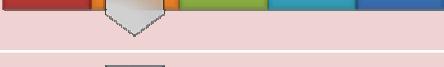
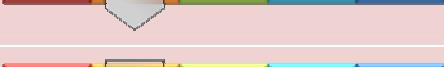
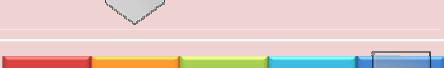
Das respostas efetuadas, 10% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

**A empresa tem atuado para minimizar os aspectos relacionados à densidade da cadeia de fornecimentos?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Trabalha com um número diminuto de fontes, tal prática auxilia na dependência e governança	Procura trabalhar com um número diminuto de fontes na aquisição de itens críticos, tal prática auxilia na dependência e governança	A empresa trabalha com um número amplo de fontes, pois maximiza o aspecto competitivo e reduz preços na cadeia	Não há regras quanto ao número de fontes, dependeunicamente do momento e da capacidade das fontes	Não existe qualquer preocupação com esse elemento de Análise.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0,5	1	Excede à moda.
H2		-0,5	0	
H3		0,5	1	Excede à moda.
H4		1,5	2	Excede à moda.
H5		0,5	1	Excede à moda.
H6		-0,5	0	
H7		-0,5	0	
H8		-0,5	0	
H9		-0,5	0	
H10		2,5	3	Excede à moda.
H Ref 01		2,5	3	
H Ref 02		0,5	1	

Hospital de Referência							
H Ref.	1	2	3	4	5	2,5	3
							Excede à moda.
Moda	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas
Mediana	1	2	3	4	5	2,5	Parcial 10% Total 90%
Amostra	Máx.	5	Mín.		2		
Referência	Href. Maior	5	Href. Menor		3		

A distribuição modal para os hospitais entrevistados para conhecer se a empresa atua de forma a minimizar os aspectos relacionados à densidade da cadeia de fornecimentos, ou seja, demonstrou que as empresas não têm regras quanto ao número de fornecedores, dependendo unicamente do momento e da capacidade dos fornecedores, e existem orientações não formalizadas dentro desse processo.

Nenhum dos hospitais entrevistados apresentaram um desempenho inferior ao comportamento modal.

Os hospitais h1, h3, h4, h5 e h10 apresentaram desempenho superior à moda, então: para os hospitais h1, h3 e h5, as empresas trabalham com um número amplo de fontes de fornecimento, maximizando o aspecto competitivo entre as fontes de fornecimento e traduzindo-se como redução de preços para a empresa compradora.

O hospital h4 procura trabalhar com um número diminuto de fontes de fornecimento, para a aquisição de itens críticos, tal prática mantém um grau de dependência e a governança da cadeia por parte da empresa compradora.

O hospital h10 procura trabalhar com um número diminuto de fontes de fornecimento, tal prática mantém um grau de dependência e a governança da cadeia por parte da empresa compradora.

Há uma forte tendência na busca da redução da densidade da cadeia de

fornecimento, pois metade dos hospitais entrevistados apresentou um desempenho superior à moda.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho e são percebidas disparidades.

Das respostas efetuadas, apenas 10% dos hospitais entrevistados na pesquisa apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

### Análise Final da Dimensão

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		2		5
Mediana		2,5		
Máximo		4		5
Mínimo		1		4

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		1		
Mediana		2,0		5
Máximo		4		5
Mínimo		1		5

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Moda		2-3		5
Mediana		2,5		
Máximo		4		3
Mínimo		1		5

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		2
Mediana		2,5
Máximo		5
Mínimo		3

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Mediana das Modas		2,0
Mediana das Medianas		2,5
Máximo		5
Mínimo		3

## 5 – Decisões de Estrutura e Governança

A dimensão de decisões de estrutura e governança avalia as questões estruturais da cadeia de fornecimento, sendo alvos de análise os acordos, alianças e contratos firmados entre os membros da cadeia de fornecimento.

Quanto à primeira questão, pergunta-se como a empresa procura construir suas estruturas de relacionamento com empresas especialistas no segmento de negócio, no caso saúde, de maneira que absorva competências específicas, além

de enfatizar a especialização dos parceiros, percebe-se que 40% dos hospitais apresentam preferência, porém não estabelecem o conhecimento do segmento de saúde como fator primordial, abrindo espaço para empresas de outros segmentos participarem das concorrências. As vantagens obtidas com essa prática vêm da ampliação da competitividade entre os fornecedores, podendo ser refletido como redução dos custos para a empresa compradora, porém coloca em risco a qualidade do fornecimento, pois determinados produtos precisam acompanhar procedimentos de manuseio e processamento específicos para a área de saúde.

Na segunda questão, isto é, o estabelecimento de competências por meio de alianças estratégicas em sua rede de negócio, as empresas demonstram sua não observância a esse elemento, pois a condição modal diz respeito à inexistência de práticas de aliança em seu ramo de atividade, e as relações geridas são apenas de fornecimento. Porém existe uma forte tendência de ampliação da formação de aliança para transferência de competências. Esse modelo de gestão implica em ampliação dos custos, ou decorrentes da ampliação da estrutura organizacional da empresa, fruto da verticalização, bem como do processo de aprendizagem, que é comumente mais lento e caro para empresa quando comparado a fornecimentos horizontais.

Na terceira questão, o desempenho dos hospitais quanto à formalização de suas relações de suprimento por meio de contratos de fornecimento junto às fontes habituais, apresentou uma distribuição bimodal e foi verificada a prática de formalização apenas em condições que exijam segurança jurídica, ou de forma pontual, com itens de grande impacto. Apesar de serem equidistantes as condições apresentadas, acredita-se que esteja acontecendo uma tendência de ampliação desse requisito junto aos hospitais durante suas aquisições.

Na quarta questão, pergunta-se se as empresas levam em consideração o número de fornecedores (densidade da cadeia), procurando minimizar esse cenário, as empresas não apresentam regras quanto a esse requisito, existindo uma orientação informal, porém pouco praticada. A tendência ainda é o uso do número amplo de fontes de fornecimento como meio para acirrar a concorrência e gerar custos menores para o contratante. Apesar das vantagens, essa prática dificulta a integração e colaboração dos fornecedores, bem como amplia os riscos de aquisição, pois questões como a qualidade podem ficar como elementos de

segundo plano.

As notas máximas e mínimas demonstram uma forte disparidade entre as práticas observadas em uma mesma questão, os hospitais de amostra apresentaram desempenho máximo e mínimo no tocante ao desempenho, porém quanto a essa dimensão, é possível observar um distanciamento menor entre a opinião dos entrevistados.

O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para à mediana das medianas e medianas da moda inferiores ao centro da escala, atingindo 2,5 e 2,0 respectivamente, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

Não se deve deixar de destacar a grande oportunidade existente para melhoria do desempenho nos elementos avaliados na respectiva dimensão e os ganhos que podem ser obtidos com tais práticas.

## 6 – Gestão do Relacionamento

**A empresa pratica uma política de relacionamento com os parceiros da cadeia de fornecimento, procurando conhecer seu histórico e desenvolvendo atividades visando o aprimoramento no tocante às competências demandadas pela atividade?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
É pauta das discussões, sendo monitorados e assistidos na definição de novas políticas	É pauta das discussões com fornecedores de itens críticos, sendo monitorados e assistidos na definição de novas políticas	Independente da camada, apenas elementos de ordem estratégica são geridos nesse sentido.	Apenas com os membros de primeira camada, e mesmo assim de forma pontual.	Não existe uma política que vá ao encontro da gestão de relacionamentos, apenas o comercial fruto dos pedidos.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		1	--	
H2		-1	--	
H3		1	--	
H4		0	--	Inferior a maior moda.
H5		1	--	
H6		-1	--	
H7		1	--	
H8		-1	--	
H9		-1	--	
H10		0	--	Inferior a maior moda.
H Ref 01		3	--	
H Ref 02		3	--	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	--	Excede a maior moda.
Moda	1	2	3	4	5	1-3	Aderência das Respostas	
Mediana	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 20%	Total 80%
Amostra	Máx.	3	Mín.		1			
Referência	Href. Maior	5	Href. Menor		5			

A distribuição modal dos hospitais entrevistados para conhecer se a empresa pratica uma política de relacionamento com os parceiros da cadeia de fornecimento, visando conhecer seu histórico e desenvolvendo atividades para o aprimoramento das competências exigidas pela atividade de saúde foi bimodal. Entre os hospitais entrevistados (40%) não adotam qualquer política que vá ao encontro da gestão de relacionamentos, apenas o relacionamento comercial decorrente dos pedidos.

Foi identificada uma quantidade significativa de hospitais (40%), tendo como prática, independente da camada em que se encontram os fornecedores, apenas os elementos de ordem estratégica são geridos nesse sentido, de forma geral, não existe uma política definida com esse fim.

Ainda foram identificados alguns hospitais (20%) com desempenho intermediário, superior à maior moda e inferior a menor moda apresentada.

Para os hospitais h4 e h10, a gestão de relacionamento é alvo apenas dos membros de primeira camada na cadeia produtiva da empresa compradora, e mesmo assim de forma extremamente pontual.

Não foi identificado nenhum hospital com desempenho inferior à menor moda apresentada, mesmo porque a porção inferior da distribuição apresentada é o inicio da escala e não foi identificado nenhum hospital com desempenho superior a maior moda apresentada.

Existe uma fase de transição ascendente quanto ao comportamento dos

hospitais, principalmente aqueles que apresentam um maior número de leitos.

O hospital de referência nessa questão apresentou o máximo desempenho e não são percebidas disparidades.

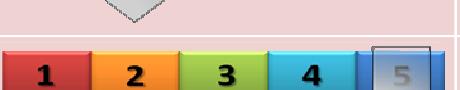
Das respostas efetuadas, apenas 20% dos hospitais entrevistados na pesquisa apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 6 – Gestão do Relacionamento

**A empresa contratante avalia as empresas fornecedoras quanto à competência e exige uma postura proativa quanto às novas técnicas ou tecnologias disponíveis no mercado?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
É exigida a adequação às novas políticas, legislação e certificações que remetam ao ganho de eficiência	Os fornecedores de itens críticos têm exigida a adequação às novas políticas, legislação e certificações	Existe uma política, mas ações nesse contexto são pontuais, não havendo nenhum processo estruturado para sua aplicação	Não há exigência, porém certificações ou competências declaradas e auditadas são interpretadas diferenciais	Não existe qualquer exigência nesse sentido, sendo alvo de análise apenas o preço e o prazo dos produtos fornecidos.

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0,5	0	
H2		-1,5	-2	Inferior à moda.
H3		0,5	0	
H4		0,5	0	
H5		-0,5	-1	Inferior à moda.
H6		-1,5	-2	Inferior à moda.
H7		-2,5	-3	Inferior à moda.
H8		-2,5	-3	Inferior à moda.
H9		0,5	0	
H10		0,5	0	
H Ref 01		0,5	0	
H Ref 02		0,5	0	



A metade dos hospitais entrevistados tem como comportamento modal a exigência dos fornecedores na adequação às novas políticas de mercado, legislação e certificações que remetam ao ganho de eficiência e desempenho na cadeia produtiva, de forma que essas exigências remetem tanto a primeira camada de fornecimento, como aos subfornecedores.

Os hospitais h2, h5, h6, h7 e h8 apresentaram desempenho inferior à moda, pois; o hospital h5 tem como exigência de adaptação as políticas locais, apenas aos principais fornecedores, aqueles que impactam o desempenho dos processos da empresa contratante.

Para os hospitais h2 e h6, existe uma política, mas ações nesse contexto são pontuais, não havendo nenhum processo estruturado, porém algumas evidências podem ser observadas nesse sentido.

Para os hospitais h7 e h8 não existe exigência direta nesse contexto, porém a existência de certificações, ou competências declaradas e auditadas, e também reconhecidas por órgãos externos e podem ser interpretados como diferenciais competitivos no momento da escolha de uma nova fonte de fornecimento.

Nenhum dos hospitais entrevistados deixou de ter alguma aplicação relacionada a esse item.

Entre os hospitais entrevistados nenhum deles teve desempenho superior à moda, uma vez que essa representa o máximo desempenho na escala.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, alinhados com à moda da distribuição.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 6 – Gestão do Relacionamento

**A empresa procura classificar seus fornecedores quanto ao desempenho e competências apresentados?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Em função do desempenho existe a classificação e influí na participação das compras e novos desenvolvimentos	Em função do desempenho dos fornecedores de itens críticos e influí em novas compras e desenvolvimentos	Somente para fins de conhecimento, sendo aplicada apenas para fontes habituais no momento de novos desenvolvimentos	Não existe, porém acaba sendo levado em consideração o histórico no momento de novos desenvolvimentos	Não pratica qualquer classificação e está fora da política de relacionamentos da empresa compradora

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		0	0	
H3		1	1	Excede à moda.
H4		0	0	
H5		2	2	Excede à moda.
H6		0	0	
H7		-1	-1	Inferior à moda.
H8		-1	-1	Inferior à moda.
H9		0	0	
H10		1	1	Excede à moda.
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		3	3	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	3	3	Excede à moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	2	Aderência das Respostas	
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	2,0	Parcial 40%	Total 60%
<b>Amostra</b>	Máx.	4	Mín.		1			
<b>Referência</b>	Href. Maior	5	Href. Menor		4			

A metade dos hospitais entrevistados tem como comportamento modal não aplicarem qualquer classificação nesse sentido, porém o histórico de fornecimento é levado em consideração no momento de aprimorar os relacionamentos por meio de novos desenvolvimentos.

Dois hospitais, h7 e h8 apresentaram desempenho inferior à moda, pois, não praticam qualquer classificação, e esse elemento não é alvo da gestão de relacionamentos presentes na política da organização.

Três hospitais, h3, h6 e h10 apresentaram desempenho superior à moda: os hospitais h3 e h10 utilizam uma classificação com fins de conhecimento dos fornecedores, porém apenas é aplicada para as empresas denominadas como fornecedores habituais no momento dos novos desenvolvimentos.

No hospital h6, em decorrência do desempenho dos fornecedores, existe uma classificação apenas para os fornecedores de itens denominados críticos, sendo posteriormente utilizado como critério na escolha de fontes de fornecimento durante os novos desenvolvimentos, essa prática é de conhecimento dos atores da cadeia de fornecimento.

A falta de classificação dos fornecedores não permite conhecer de forma explícita o seu desempenho e a escolha recai sobre o conhecimento do comprador, não sendo repassada ao histórico da organização.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, porém,

foram identificadas disparidades.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 6 – Gestão do Relacionamento

**A empresa procura realizar a manutenção dos aspectos de confiança e interdependência dos fornecedores no que se refere a sua cadeia de fornecimento?**

### Síntese das Respostas

5	4	3	2	1
Mantém a confiança e procura ampliar com novos desenvolvimentos junto às fontes habituais	Mantém a confiança dos fornecedores de itens críticos ampliando os desenvolvimentos junto às fontes habituais	Pratica-se de maneira não formalizada, porém sempre alimentada na relação comercial	Realizada apenas em função dos pedidos realizados junto às fontes de fornecimento	Não existem quaisquer orientações ou práticas nesse sentido na empresa

Hospital	Resposta	Distâncias		Comentários
		Mediana	Moda	
H1		0	0	
H2		0	0	
H3		2	2	Excede à moda.
H4		-1	-1	Inferior à moda.
H5		1	1	Excede à moda.
H6		0	0	
H7		-1	-1	Inferior à moda.
H8		0	0	
H9		0	0	
H10		1	1	Excede à moda.
H Ref 01		2	2	
H Ref 02		2	2	

Hospital de Referência								
H Ref.	1	2	3	4	5	2	2	Excede à moda.
<b>Moda</b>	1	2	3	4	5	3		Aderência das Respostas
<b>Mediana</b>	1	2	3	4	5	3,0	Parcial 40%	Total 60%
<b>Amostra</b>	Máx.	5	Mín.		2			
<b>Referência</b>	Href. Maior	5	Href. Menor		5			

A metade dos hospitais entrevistados tem como comportamento modal manter práticas não formalizadas quanto aos aspectos de confiança e interdependência, porém compatível e alimentada pelas rotinas do setor de compras.

Dois hospitais, h4 e h7 apresentaram desempenho inferior à moda, pois a manutenção da confiança e interdependência com os fornecedores é realizada apenas em função dos pedidos realizados dentro do mês corrente.

Três hospitais, h3, h5 e h10 apresentaram desempenho superior à moda: para os hospitais h5 e h10, esses fatores são práticas junto aos principais fornecedores, cabendo assim o ganho na relação de interdependência desses fornecedores e ampliando o adensamento da cadeia de fornecimento.

O hospital h3 apresentou o máximo desempenho na questão, de forma que a empresa procura manter uma política de ampliação da confiança dos fornecedores e integração das partes, desenvolvendo, sempre que possível, novos itens junto aos fornecedores habituais, o que amplia a interdependência dos atores da cadeia de fornecimentos.

A falta de uma política de manutenção da confiança e interdependência entre as partes podem fragilizar o relacionamento das empresas e fornecedoras, obrigando a empresa compradora a desenvolver um novo fornecedor a qualquer instante do ciclo de vida dos produtos ou serviços adquiridos.

Os hospitais de referência apresentaram o máximo desempenho, porém foram identificadas disparidades.

Das respostas efetuadas, 40% dos hospitais entrevistados apontaram seu desempenho como parcial para as questões abordadas.

## 6 – Gestão do Relacionamento

### Análise Final da Dimensão

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		1-3
Mediana		2,0
Máximo		3
Mínimo		1

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		5
Mediana		4,5
Máximo		5
Mínimo		2

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		2
Mediana		2
Máximo		4
Mínimo		1

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Moda		3
Mediana		3
Máximo		5
Mínimo		2

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Mediana das Modas		3,0		5,0
Mediana das Medianas		2,5		5,0
Máximo		5		5
Mínimo		1		4

6 – Gestão do Relacionamento

A dimensão de gestão do relacionamento torna-se importante quando as relações de poder e conflito na cadeia podem comprometer o interesse dos atores, a predisposição a investimentos, bem como aspectos que remetem ao aprimoramento do desempenho individual de seus membros. É possível existir o comprometimento das partes por diferenças de cultura, expectativas de poder e conflito junto aos parceiros.

Quanto à primeira questão, a empresa pratica uma política de

relacionamento com os parceiros da cadeia de fornecimento, procurando conhecer seu histórico e desenvolvendo atividades, visando o aprimoramento no tocante às competências demandadas pela atividade da empresa compradora, foi possível perceber que a adoção de tais práticas residem nas empresas em duas condições: Inicialmente, a total ausência de políticas que incentivem esse processo, colocando as empresas distantes desse comportamento, focando o relacionamento apenas nos aspectos comerciais. Outra vertente observada diz respeito à gestão desses relacionamentos apenas para condições de ordem estratégica, porém, ainda assim, sem uma política formal para sua aplicação.

Esse cenário preocupa, uma vez que os relacionamentos, desenvolvimento e parcerias são frutos de uma política que exige uma proximidade junto às fontes de fornecimento, sendo um item pouco praticado pelas empresas avaliadas.

Na segunda questão, a empresa contratante avalia as empresas fornecedoras quanto à competência e exige uma postura proativa no que se refere às novas técnicas ou tecnologias disponíveis no mercado, apresentou o melhor desempenho de todas as questões até aqui relacionadas. Em decorrência do risco apresentado pelo tipo de produto, a grande maioria das empresas exige de seus fornecedores a adequação às normas e regulamentações vigentes, bem como a certificação de produtos, quando exigido pelo órgão de fiscalização. Em alguns casos, proporciona visitas técnicas em suas fontes de fornecimento, embora não disponha de um modelo de avaliação formal para esse propósito. Essa postura é explicada pelo risco na aquisição dos insumos hospitalares, aliada à responsabilidade dos hospitais pelo serviço prestado e materiais consumidos durante o atendimento dos pacientes.

Na terceira questão, é avaliada se a empresa tem uma classificação dos fornecedores quanto ao desempenho e competências apresentadas. Tal questionamento visa avaliar se a empresa tem consciência de forma explícita da performance de suas fontes de fornecimento, priorizando e reconhecendo o esforço daqueles que melhor se apresentaram em determinado período. De acordo com a pesquisa, junto aos hospitais, foi observado que não existem condições formais nesse sentido, mas informalmente o histórico é levado em consideração no momento da busca de novos desenvolvimentos. O exposto foi relativamente equilibrado, apresentando uma pequena tendência de transição das organizações

para a construção de indicadores de performance e competências das empresas fornecedoras.

A quarta questão procura conhecer se as empresas realizam a manutenção dos aspectos de confiança e interdependência dos fornecedores no que se refere à sua cadeia de fornecimento. Tais práticas aumentam a proximidade na relação cliente/fornecedor, contribuindo com o grau de colaboração e integração das organizações. No que se refere à pesquisa, foi possível verificar que essa condição é desenvolvida apenas em função dos pedidos mantidos junto às fontes de fornecimento de produtos e serviços, mas foi possível verificar que existem empresas (40%) que apresentaram um comportamento mais desenvolvido no tocante a esse elemento. Isso pode ser um indicador de transição no que se refere aos aspectos apontados na questão.

As notas máximas e mínimas demonstram uma forte disparidade entre as práticas observadas, em uma mesma questão, os hospitais de amostra apresentaram desempenho máximo.

A dimensão apresentou um comportamento referente às suas notas levemente superior às demais até aqui avaliadas.

O desempenho da análise final quanto à dimensão aponta para uma mediana das medianas e mediana das modas intermediárias na escala, atingindo 2,5 e 3,0 respectivamente, em uma escala que tem limite máximo igual a cinco.

Existe um grande espaço para o aprimoramento dessa dimensão, aproximando as empresas e buscando a transferência de *expertise* conhecimento das potencialidades declaradas pelo fornecedor e melhoria da colaboração entre as partes envolvidas na cadeia de abastecimento.

## 7 – Visão da Integração e Colaboração

		Amostra (média)	Refe- rência (média)	Dife- rença
1	As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa contratante.	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>0,1</b>
2	As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa fornecedora.	<b>2,4</b>	<b>3,0</b>	<b>0,6</b>
3	A empresa não está preparada para gerir sua cadeia de fornecimento pela ótica apresentada na integração e colaboração da cadeia.	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>	<b>- 2,1</b>
4	A mão de obra disponível não é compatível com as práticas apresentadas no tocante a integração e colaboração da cadeia de suprimentos.	<b>3,0</b>	<b>1,0</b>	<b>- 2,0</b>
5	A integração e colaboração trazem riscos para a empresa contratante.	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>	<b>- 1,8</b>
6	Questões como simetria (semelhança) entre as empresas fornecedoras e a contratante colaboram para o comprometimento de qualquer processo de integração ou colaboração.	<b>4,0</b>	<b>4,5</b>	<b>0,5</b>
7	A confiança no parceiro, tanto pela ótica do contratante, como no tocante ao fornecedor são cruciais para a aplicação do conceito de integração e colaboração da cadeia de suprimentos	<b>4,1</b>	<b>4,5</b>	<b>0,4</b>
8	A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratante.	<b>4,1</b>	<b>4,5</b>	<b>0,4</b>
9	A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratada.	<b>3,9</b>	<b>4,5</b>	<b>0,6</b>
10	O mercado está preparado para a prática da integração e colaboração na cadeia de suprimentos junto ao mercado de fornecedores de insumos de saúde.	<b>3,1</b>	<b>3,5</b>	<b>0,4</b>

Quanto à visão da integração e colaboração, das dez questões realizadas junto aos hospitais de referência e os hospitais entrevistados, apenas três apresentaram uma disparidade que merece comentários, sendo elas as questões três, quatro e cinco. As demais questões apresentaram um distanciamento de conceitos máximo igual a 0,6, o que pode ser interpretado como um alinhamento de opiniões entre as duas partes.

Quanto às questões que apresentaram uma disparidade significativa de opiniões é possível citar que: a primeira questão apontada mostra que a empresa não está preparada para gerir sua cadeia de fornecimento pela ótica apresentada na integração e colaboração da cadeia. Nessa questão, os hospitais de referência apresentam-se em uma condição relativamente confortável, enquanto os hospitais entrevistados na pesquisa apontam uma visível fraqueza quanto a esse elemento. Tal característica acontece por decorrência da falta de preparo da alta administração nesses hospitais, o que foi enfatizado pelos hospitais durante as entrevistas como sendo um ponto fraco no desenvolvimento do potencial dessas organizações.

A segunda questão que merece destaque aponta que a mão de obra disponível não é compatível com as práticas apresentadas no tocante à integração e colaboração da cadeia de suprimentos. Decorrente de uma gestão fragilizada como citado na questão anterior, a busca de talentos que possam contribuir para a operacionalização de uma gestão, voltada à integração e colaboração da cadeia de suprimentos não é alvo dos gestores, consequentemente acaba não sendo um dos requisitos dessas empresas no momento da busca de profissionais para compor seu quadro de pessoal.

A terceira questão que merece destaque aponta que: a integração e colaboração trazem riscos para a empresa contratante. Esse comportamento demarca bem a preocupação com o compartilhamento de decisões, estratégias e informações no que se refere à gestão das empresas entrevistadas. Os fornecedores não são vistos como parceiros, mas ainda assim, como fontes de risco para seus contratantes. Essa postura ainda deve atrapalhar muito a formação de parcerias entre as partes e privar as empresas de um desempenho mais efetivo na cadeia de suprimentos hospitalar.

O que pode ser ressaltado nesse elemento é a oportunidade de aprimoramento existente no relacionamento dessas empresas quanto à gestão da cadeia de suprimentos, principalmente no tocante à colaboração e integração das partes.

### **8 – Grau de Importância das Dimensões**

		Amostra (média)	Refe- rência (média)	Diferença
1	Integração interfuncional	3,6	4,5	0,9
2	Orientação estratégica para o mercado	3,8	4,5	0,7
3	Sistemas de informação e monitoramento de performance	4,2	4,5	0,3
4	Planejamento conjunto e equitativo	3,7	4,5	0,8
5	Decisões de estrutura e governança	3,9	4,5	0,6
6	Gestão do relacionamento	4,0	4,5	0,5

Quanto ao grau de importância de cada uma das dimensões, que não foram identificadas grandes disparidades quanto à representatividade de cada uma das dimensões avaliadas.

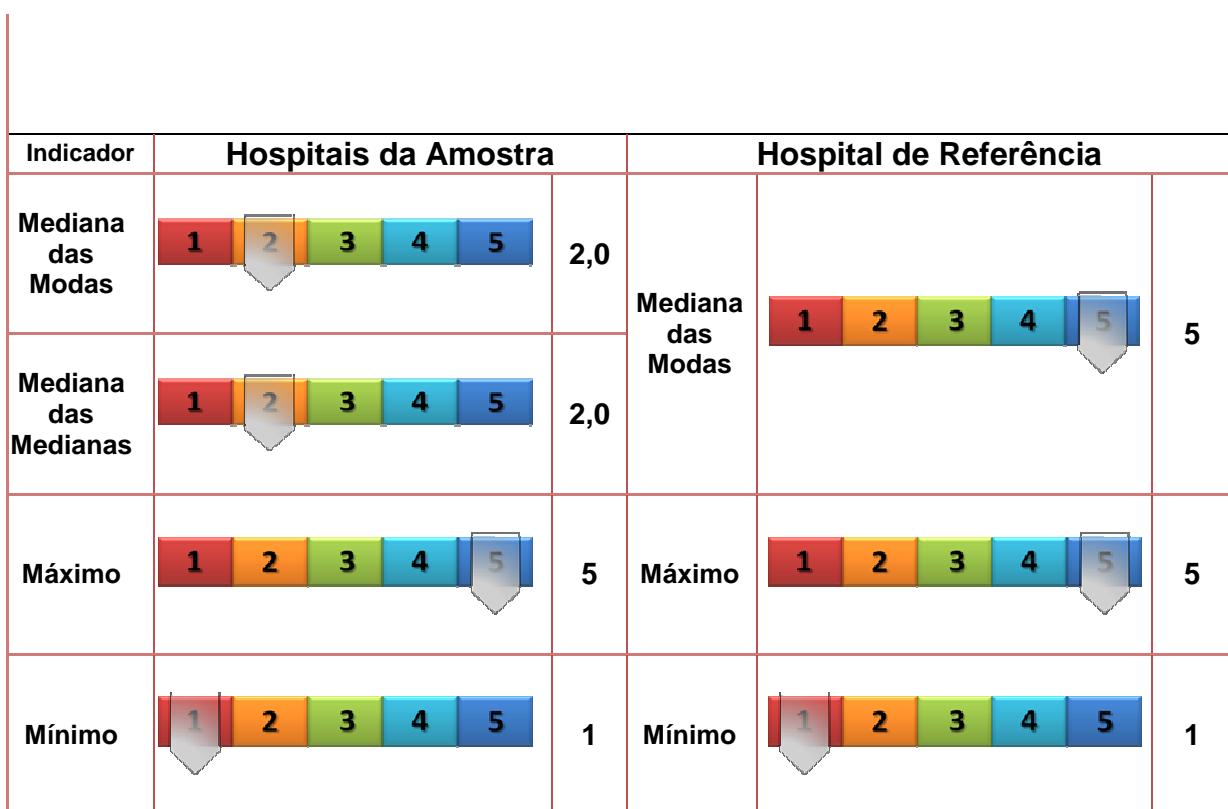
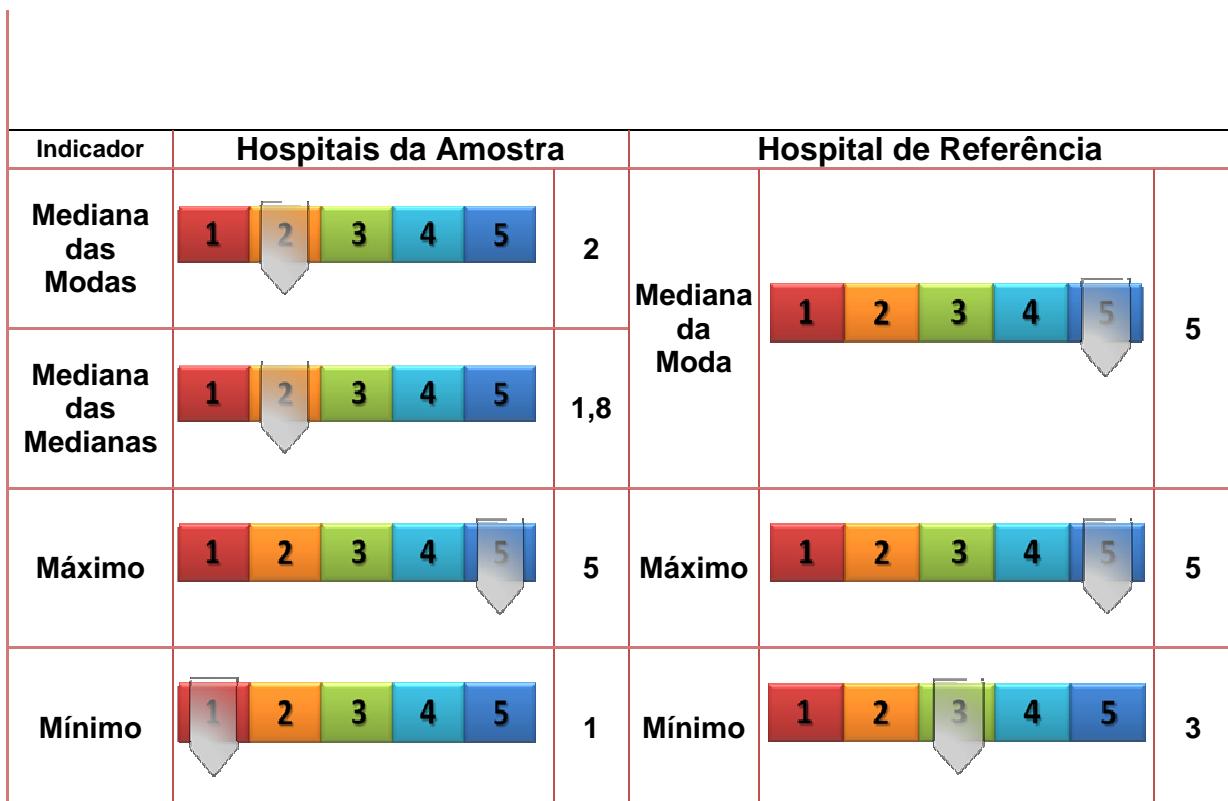
Isso é muito importante, pois demonstra um alinhamento na opinião dos entrevistados e convalida a interpretação das partes frente aos questionamentos realizados durante as entrevistas.

### Análise Final das Dimensões

#### Avaliação do grau de Integração e colaboração

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Mediana das Modas		2,8	Mediana da Moda	
Mediana das Medianas		2,5		4,5
Máximo		5	Máximo	
Mínimo		1	Mínimo	
				3

Indicador	Hospitais da Amostra		Hospital de Referência	
Mediana das Modas		3,0	Mediana da Moda	
Mediana das Medianas		3,0		5,0
Máximo		4	Máximo	
Mínimo		1	Mínimo	
				2



Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Mediana das Modas	1	2	3	4	5	2,0	Mediana das Modas	1	2	3	4	5	5,0
Mediana das Medianas	1	2	3	4	5	2,5							
Máximo	1	2	3	4	5	5	Máximo	1	2	3	4	5	5
Mínimo	1	2	3	4	5	1	Mínimo	1	2	3	4	5	3

Indicador	Hospitais da Amostra					Hospital de Referência							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Mediana das Modas	1	2	3	4	5	3,0	Mediana das Modas	1	2	3	4	5	5,0
Mediana das Medianas	1	2	3	4	5	2,5							
Máximo	1	2	3	4	5	5	Máximo	1	2	3	4	5	5
Mínimo	1	2	3	4	5	1	Mínimo	1	2	3	4	5	4

Indicador	Hospitais da Amostra	Hospital de Referência
Mediana Final das Modas		2,0
Mediana Final das Medianas		2,0
Máximo		5
Mínimo		1

### DIFERENÇA DO DESEMPENHO

MEDIANA FINAL DAS MODAS DETERMINADA POR:

Hospital de Referência – Hospitais de Amostra

$$5 - 2 = \underline{3}$$

### Avaliação da Integração e Colaboração na Cadeia de Suprimentos Hospitalar

Para a realização da avaliação da integração e colaboração da cadeia de suprimentos hospitalar foram adotados seis elementos de análise definidos aqui como dimensões.

No que se refere à primeira dimensão, integração interfuncional, a mediana da moda atingiu 2,8 pontos.

Entre as principais fraquezas que puderam ser identificadas estão:

- a) Os aspectos relacionados à participação física dos fornecedores na planta do cliente, no intuito de conhecer e colaborar com os processos relacionados ao suprimento de recursos voltados a operação hospitalar;
- b) O fomento à comunicação entre as partes, cabendo apenas a transferência das especificações dos produtos a serem adquiridos junto aos fornecedores;

No que se refere aos aspectos positivos é possível destacar:

- a) O envolvimento dos fornecedores em projetos específicos, visando estimular a sua participação no desenvolvimento de produtos e serviços, mais precisamente na horizontalização de operações

A segunda dimensão aborda a orientação estratégica para o mercado, que apresentou à mediana da moda atingiu 3,0 pontos.

Entre as principais fraquezas que puderam ser identificadas estão:

- a) A falta de envolvimento dos atores da cadeia de fornecimento quanto às ações de caráter estratégico da empresa, apenas sendo passadas no momento de formalização de novos pedidos.

Entre os pontos fortes estão:

- a) O mapeamento do ambiente competitivo em decorrência de ações ou demandas dos consumidores.

A terceira dimensão aborda os sistemas de informação e monitoramento da

performance dos fornecedores, e à mediana das modas atingiu 2,0 pontos, sendo uma das dimensões que apresentaram o desempenho mais tímido entre as avaliações.

Entre as principais fraquezas dessa dimensão estão:

- a) A falta de informações que favoreçam as empresas fornecedoras quanto aos aspectos operacionais, não permitindo aos fornecedores prever com exatidão as tendências de consumo de seus produtos e serviços;
- b) A falta de compartilhamento de informações por meio de tecnologias de colaboração, disponibilizando informações por meio de redes de comunicação para a cadeia de fornecimento.

Entre os pontos fortes estão:

- a) O uso de tecnologias na aquisição de produtos, sendo usado predominantemente o contato telefônico e e-mail.

A quarta dimensão aborda o planejamento conjunto e equitativo junto aos fornecedores, e uma mediana das modas igual a 2,0 pontos.

Entre as principais fraquezas dessa dimensão estão:

- a) Não considerar a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores no momento de novos desenvolvimentos;
- b) A falta de incentivos para os fornecedores que apresentam um grau de competência superior aos demais na cadeia de suprimentos.

Entre os pontos fortes estão:

- a) A participação da cadeia de fornecimento nas cotações para os novos desenvolvimentos.

A quinta dimensão aborda as decisões de estrutura e governança na cadeia de suprimentos, com uma mediana das modas igual a 2,0 pontos.

Entre as principais fraquezas dessa dimensão estão:

- a) A baixa formalização dos processos de aquisição por meio de contratos de fornecimento;

- b)** O grande número de fontes de fornecimento que participam das cotações e atendimento de pedidos;

- c)** O desenvolvimento de competências por meio de alianças estratégicas.

Entre os pontos positivos estão:

- a)** A preferência, embora não formalizada, de aquisição de fontes especialistas no segmento de negócio da empresa compradora.

A sexta dimensão aborda a gestão do relacionamento entre a empresa compradora e seus fornecedores, com uma mediana das modas igual a 3,0.

Entre as fraquezas observadas nessa dimensão estão:

- a)** A falta de uma classificação dos fornecedores, quanto ao seu grau de competência nos atendimentos a pedidos da empresa compradora;
- b)** A falta de informações, quanto ao histórico dos fornecedores antes de realizar novas aquisições.

Entre os pontos fortes cabe destacar:

- a)** A busca de fontes que atendam à legislação vigente quanto aos produtos e serviços oferecidos;
- b)** A manutenção dos pedidos junto às empresas que apresentaram bom desempenho, intensificando a relação de confiança entre as partes.

Quanto à avaliação dos aspectos da colaboração mereceram destaque:

- A dificuldade das empresas em assumir uma postura colaborativa e integrada;
- A falta de uma mão de obra preparada para gerir essa nova postura;
- As dificuldades da empresa compradora aplicar os aspectos relacionados à colaboração e integração da cadeia de suprimentos sem se sentir ameaçada pelos fornecedores.

Existe um grande espaço para o aprimoramento das práticas de colaboração e integração na cadeia de abastecimento, permitindo assim o aprimoramento dos custos e melhoria do nível de serviço das empresas compradoras.

## 7.0 CONCLUSÕES

Esta pesquisa procurou conhecer o cenário de relacionamento das empresas de prestação de serviços de saúde, precisamente, os hospitais de médio porte da região da Grande São Paulo com sua cadeia de fornecimento.

Os mecanismos, técnicas e as estratégias voltadas à manutenção dos processos de integração e colaboração com os fornecedores foram o alvo dessa análise, bem como os tipos de tecnologias adotadas pelas empresas para garantir um sistema de aquisição mais eficiente junto a seus fornecedores.

Todo o processo de análise ocorreu guiado pelos hospitais denominados como referência, em que, o desempenho destacado para a análise era o de maior resultado, procurando sempre comparar o existente na amostra com o melhor resultado possível entre as referências do estudo.

O estudo teve como objetivo final o mapeamento dos relacionamentos das organizações prestadoras de serviços de saúde, focando-se nos hospitais, caracterizando o grau de integração (processos interorganizacionais) e a colaboração (alinhamento estratégico) na busca do aprimoramento competitivo da cadeia produtiva.

Quanto aos aspectos avaliados, os objetivos expostos ainda se estendiam em:

- Conhecer as tecnologias aplicadas na integração do processo de gestão de compras praticado pelas empresas de Saúde, e basicamente, o enfoque está no contato telefônico e na comunicação eletrônica por meio de emails para efetivação dos pedidos. As visitas dos fornecedores aos hospitais ainda representam uma parcela significativa de contato entre os clientes e fornecedores dessa cadeia hospitalar. Tecnologias de rede, automatização de pedidos por meio do EDI, ou a integração utilizando os portais de compras, apenas são praticadas pelos hospitais de referência, cabendo um grande potencial para o uso dessas ferramentas no processo de aquisição de insumos hospitalares.

- Identificar a presença de investimentos realizados em função do alinhamento estratégico da cadeia de suprimentos de insumos hospitalares. Essa postura, na amostra, é muito restrita a determinadas situações de horizontalização

de processos, a questão de alinhamento estratégico depende das empresas tornarem explícitas suas estratégias com a cadeia de fornecimento, porém, comumente, os fornecedores apenas são informados de aspectos de ordem estratégica no momento da formalização de um pedido, e mesmo assim, no que se refere ao item fornecido. Perspectivas das empresas compradoras não são divididas com a cadeia de fornecimento, que não participa da elaboração e, dificilmente, apresenta investimentos junto a seus clientes.

- Avaliar a participação física dos fornecedores na gestão de processos na planta do cliente. Essa situação, como apresentado no item anterior, apenas foi identificada no que se refere à horizontalização de processos, típicos de laboratórios de análises clínicas, diagnóstico por imagem ou atividades acessórias no processo de atendimento hospitalar. A inserção dos fornecedores nos aspectos relacionados à gestão dos estoques, distribuição de produtos ou abastecimento de insumos produtivos ficam reservadas ao próprio hospital, não existindo espaço para participação dos fornecedores nesse contexto.

- Identificar a participação dos membros da cadeia de fornecimento de insumos hospitalares na definição e implementação de objetivos estratégicos por parte da empresa compradora. Não foi observada qualquer participação dos fornecedores na definição ou implementação dos objetivos estratégicos elaborados pela empresa compradora. Na verdade, como não ocorre à contribuição dos fornecedores na elaboração de estratégias, na definição e alinhamento estratégico, questões de parcerias no cumprimento dos objetivos estratégicos ficam reduzidos ao atendimento dos pedidos e desenvolvimentos realizados conforme os requisitos contratuais estabelecidos no momento da negociação.

- Levantar a aplicação de indicadores de desempenho pelos compradores de insumos junto à cadeia de fornecimento. A aplicação de indicadores de maneira formal pelos hospitais entrevistados é pequena, embora seja mantida de maneira informal, uma classificação de fornecedores, priorizando aqueles que não apresentam problemas significativos. Da mesma forma, os fornecedores não são comunicados e consequentemente não têm a informação de seu desempenho relativo na cadeia de abastecimento, desconhecendo as oportunidades potenciais de melhoria de desempenho esperadas pelo cliente. Aqui cabe destacar a preocupação dos hospitais na aquisição de fontes que apresentem o atendimento às normas e

regulamentações vigentes, bem como as certificações de produto ou processo exigidas por força de lei para a atividade.

- Conhecer os elementos que motivam e quais os tipos de aliança são formadas pelos compradores e a cadeia de fornecimento hospitalar. As alianças formadas ainda são ligadas aos processos de terceirização das atividades meio, que não caracterizam o centro de negócio da empresa compradora. Pontualmente, são firmadas relações de atendimento diferenciado em decorrência da criticidade, custo e natureza da operação referente a determinados fornecedores exclusivos de insumos.

- Propor melhorias no relacionamento das empresas hospitalares junto à sua cadeia de abastecimento. Esse aspecto apresenta uma vasta gama de oportunidades, desde a integração dos fornecedores e empresas compradoras por meio da aplicação de tecnologia de informação, softwares específicos podem ampliar a produtividade das operações, além de permitir a automatização de operações rotineiras, como a emissão de pedidos e o monitoramento dos estoques por meio de acompanhamento em tempo real dos níveis de estoque da empresa compradora pelos fornecedores. Outra vertente importante na proposta de melhoria está na construção de parcerias de fornecimento, reconhecimento do potencial dos fornecedores por meio do monitoramento do desempenho da cadeia e a fidelização da cadeia junto aos hospitais compradores.

Inicialmente, a expectativa no que se refere ao desempenho das empresas entrevistadas era de uma performance inferior a obtida no final da análise. O desempenho final dos hospitais entrevistados se apresentou de forma positiva em comparação aos aspectos intuídos do inicio do processo de pesquisa.

E decorrência do desenho apresentado para o cenário da integração e colaboração da cadeia de fornecimento hospitalar, a pesquisa permite aos gestores traçarem metas e apontarem melhorias na cadeia de abastecimento, que beneficiarão as empresas compradoras no que se refere à confiabilidade do processo de compras e redução de custos das operações e estoques.

Simultaneamente, são impactados os fornecedores com a melhoria do relacionamento, ampliação da previsibilidade e aumento do nível de serviço. Esses

elementos refletem-se como redução de custos na manutenção dos estoques para o atendimento dos pedidos.

Por final, esses ganhos são remetidos ao paciente, que se apresenta como o cliente da cadeia produtiva, traduzindo como ampliação da confiabilidade nas operações, e melhoria do nível de serviço, podendo ser convertido, posteriormente, em fidelização.

## 8.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Gasto em Saúde no Brasil: É Muito Pouco.** Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf>>. Acesso em 20/03/2012.

ALLEVATO, Rita de Cássia G. **O Balanced Scorecard como modelo de gestão estratégica integrada. Proposta de uma metodologia de utilização em Hospitais com base no Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora.** Dissertação de Mestrado (Mestrado profissional em Sistemas de Gestão); Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2007.

ALMEIDA, Adélia Maria D. P. **Colaboração logística na cadeia de suprimentos do etanol: o elo atacadista-varejista.** In: III Semana Acadêmica de Engenharia de Produção, 2007, Viçosa. III SAEPRO, 2007.

ANGARAN, D.M. **Clinical pharmacy saves money and lives – So what's new? Pharmacotherapy**, Boston, v. 19, n. 12, p. 1352-1353, jul. 1999.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS TABNET: Informações em saúde Complementar. 2010.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_TX.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF). Acesso em abril de 2012.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS TABNET: Informações em saúde Complementar. 2011.** Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_TX.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF). Acesso em abril de 2012.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde uplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos.** Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>. Acesso em abril de 2012.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos.** Rio de Janeiro: ANS, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>. Acesso em abril de 2012.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=3DC2F07125743B1F0125743ECB5F01A3>> . Acesso em: 21/12/2011

ARBACHE, Fernando Saba; et al. **Gestão de Logística, Distribuição e Trade Marketing.** Rio de Janeiro: FGV 2006.

BADIN, Neiva Terezinha, NOVAES, Antônio Galvão, DUTRA, Nádia Glheuca S. **Integração da cadeia de suprimentos na indústria automobilística.** In: ENEGEP 2003 - XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2003, Ouro Preto. ENEGEP 2003. Anais do XXIII ENEGEP, 2003.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.

BALLOU, Ronald. H. **Logística Empresarial: Transporte, Administração de Materiais e Distribuição Física**. 1º ed, 20º reimpressão. São Paulo: Atlas, 2008.

BALLOU, Ronald. H. **Logística empresarial: Transportes Administração de Materiais Distribuição Física**. São Paulo: Atlas, 1993.

BARBIERI. José Carlos e MACHILINE, Claude. **Logística Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: 2ª Ed. Saraiva 2009.

BARBOSA, Danilo Hisano, MUSSETTI, Marcel Andreotti, CONSÓLI, Matheus Alberto. **Alianças estratégicas na cadeia de suprimentos: um estudo de caso**. In: XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2007, Foz do Iguaçu. Anais do XXVII ENEGEP, 2007.

BARRATT, M. **Understanding the meaning of collaboration in the supply chain. Supply Chain Management: An International Journal**, Vol. 9, N. 1, p. 30-42. 2004.

BEER, Idal; DINIZ, Sidney; TODARO, Vicente B. **Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos de Alto Custo Hospitalar: Sistemas de Controle X Qualidade na Assistência**. 2004. 24f. Fundação Getulio Vargas Programa – FGV Management. Curso: Business and Management for International Professionals. University of California, Irvine, 2004.

BETTIOL, Líria Maria. **Saúde e Participação Popular em Questão: O Programa Saúde da Família**. São Paulo: UNESP, 2006.

BITTAR, José Olimpio, MENDES, José Dínio V. e MAGALHÃES, Adriana. **Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular**. São Paulo: Secretaria Estadual da Saúde. São Paulo, 2011. Disponível em [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude -em-dados/revista\\_leitos\\_ -\\_18.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude -em-dados/revista_leitos_ -_18.pdf) acesso em abril de 2012.

BITTAR, Olimpio N. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde**. v. 6, n.22. 2004.

BORBA, Valdir; OLIVA, Flávio. **Balanced Scorecard**. Ferramenta gerencial para organizações hospitalares. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2004.

BORBA, Valdir; OLIVA, Flávio. **Balanced Scorecard**. Ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004.

BOWERSOX, Donald J; CLOSS, David J. **Logística empresarial: o processo de integração da cadeia de suprimento**. São Paulo: Atlas, 2001.

BOWERSOX, Donald J; COOPER, M. Bixby e CLOSS, David J. **Gestão Logística de Cadeia de Suprimentos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares.** Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm&botaook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2010%2Fmatriz.htm#recur>>. Acesso em 28/03/2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. **Hospital Filantrópico**, 2009. Disponível em:<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_hospitais\\_Filantrópico.asp?VEstado=00](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Filantrópico.asp?VEstado=00)>. Acesso em 24/10/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em 05/12/2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e Definições em Saúde.** Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso dia: 06-10-2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação.** Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 15/12/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O BRASIL, MINISTÉRIO.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm>>. Acesso em: 21/12/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z.** Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)>. Acesso em 24/10/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002.** Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em 20/10/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº1864/GM Em 29 de setembro de 2003.** Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>>. Acesso em 20/10/2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Situação em Saúde. **Límite e liberação financeira para os órgãos do MS. 2012.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&botaook=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F>>. Acesso em 25/04/2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf)>. Acesso em 22/04/2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde em Destaque.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em 20/10/2011.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): Entendendo o SUS.** Brasília: BRASIL, MINISTÉRIO da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf)>. Acesso em: 21/12/2011.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia Básica em Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do BRASIL, MINISTÉRIO da Saúde, 1983. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso dia: 21/12/2011.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia Básica em Saúde.** Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em 30/09/2011.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia básica em saúde: Textos básicos de saúde.** 2ª Edição. Brasília: Centro de Documentação do BRASIL, MINISTÉRIO da Saúde, 1985.

**BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 20/11/2011.

**BRASIL. DECRETO DE LEI Nº 200, de 25-02-1967 – Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e da outras providências.** Diário Oficial da União 27 de Fevereiro de 1967.

**BRASIL. LEI Nº 1.920 de 25-06-1953 – Cria o BRASIL, MINISTÉRIO da Saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União de 29 de Julho de 1953.

**BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15/12/2011.

**BRASIL. LEI Nº 8.142, de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 15/12/2011.

**BRASIL. LEI Nº 9.961 de 28-01-2000 – Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.** Diário Oficial da União 29 de Janeiro de 2000.

**CARILO JR., Edson. et al. Atualidades na Cadeia de Abastecimento.** São Paulo: IMAM, 2003.

**CHOPRA, Sunil e MEINDL, Peter. Gerenciamento da cadeia de suprimentos.** São Paulo: Prentice Hall, 2003.

**CHRISTOPHER, Martin. Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos: Criando redes que agregam valor.** 2ª ed., Ed. Cengage Learning, São Paulo, 2009.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Apresentação do Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>. Acesso em: 24/10/2011.

CONCIL OF LOGISTICS MANAGEMENT, 2006. Disponível em: <<http://www.cscmp.org/website/aboutcscmp/definitions/definitions.asp>>. Acesso em: 18/09/2011.

CONSÓLI, Matheus Alberto. **Análise dos Aspectos Relevantes para Integração na Cadeia de Suprimentos Aplicada ao Setor de Serviços de Alimentação.** Tese de Doutorado (Doutorado em Engenharia de Produção); Universidade de São Paulo, São Carlos, Brasil. 2009.

CRISTOPHER, M. **Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos: estratégias para redução de custos e melhoria de serviços.** São Paulo: Pioneira, 1997.

DAFT, Richard L. **Organizações: teoria e projetos.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning. 2002.

DATASUS – CNES – **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em abril de 2012.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - **Indicadores e dados básicos – Brasil 2008** – Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>. Acesso em abril de 2012.

DORNIER, Phillip Pierre et al. **Logística e operações globais.** São Paulo: Atlas, 2000.

DRUCKER, Peter F. **Introdução a administração: funções, desempenho, produtividade, organização, estruturas e estratégias.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning. 2002.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos.** In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007. v.12, n.003, p. 655-666. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000300015&script=sci_arttext). Acesso em 05/03/2012.

FARIA, Ana Cristina de; COSTA, Maria de Fátima Gameiro da. **GESTÃO DE CUSTOS LOGÍSTICOS: Custeio Baseado em Atividades (ABC), Balanced Scorecard (BSC), Valor econômico agregado (EVA).** 1º ed. São Paulo: 2007.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Serviço da Vida.** Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=3>>. Acesso em 20/10/2011.

FITZSIMMONS, J.A., FITZSIMMONS, M.J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia histórica de Saúde Pública,** 2011. Disponível em:<<http://www.funasa.gov.br/internet/museuCronHis.asp>>. Acesso em: 21/12/2011.

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **FUNASA Hoje.** Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/museuFunHoj.asp>>. Acesso em: 24-02-2011.

GASNIER, Eduardo. **Gestão de estoques otimiza logística do setor atacadista.** Log & Mam, São Paulo, SP, n. 161, p. 36-37, mar. 2004.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1990.

GONZAGA JUNIOR, Edson Lima e CARVALHO, Antônio Carlos Pires. **Gestão da cadeia de suprimento do material de documentação no Serviço de Radiodiagnóstico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.** Revista Imagem. 2006;28:155–63.

HARRISON, Alan e HOEK, Remko Van. **Estratégia e Gerenciamento de Logística.** São Paulo: Futura, 2003.

HEMOBRÁS – EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA. **O Que é a Hemobrás.** Disponível em: <<http://www.hemobras.gov.br/site/conteudo/empresa.asp>>. Acesso em 20/08/2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária: 2009.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtml>. Acesso em 15/04/2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 - Um Panorama da Saúde no Brasil.** Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1580&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1) Acesso em 10/03/2012.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. **O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica: 2010.** São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.ies.org.br/html/TD00292010ContasNacionaisalterado.pdf>>. Acesso em 12/03/2012.

INC – INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. **Quem Somos.** Disponível em: <<http://www.incl.rj.saude.gov.br/index.asp>>. Acesso em 24/10/2011.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Sobre o Instituto.** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>>. Acesso em 24/10/2011.

INFANTE, Maria. e SANTOS, Maria Angélica B. S. **A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.4, 945-954, 2007.

INTO – INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA. **Pioneirismo e Qualidade no Atendimento.** Disponível em: <<http://www.intosaud.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 24/10/2011.

JULIANELLI, Leonardo. **Colaboração: A Chave para uma Cadeia de Suprimentos Sustentável – Parte 1.** Disponível em <[http://www.ilos.com.br/web/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1690&Itemid=74&lang=BR](http://www.ilos.com.br/web/index.php?option=com_content&task=view&id=1690&Itemid=74&lang=BR)>. Acesso em 01/04/2012

KANTER, R.M. *Colaborative advantage: the art of alliances*. Harvard Business Review, p.96-108, Jul-

KOTLER, Philip. ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

KOTLER, Philip. **Marketing para o Século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados**. São Paulo: Ediouro, 2009.

KUMAR, A, OZDAMAR, L, NG, C. P. **Procurement performance measurement system in the health care industry**. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 18, n. 2, pág. 152-166, 2005.

LAMBERT, Douglas. M. et al. **Supply chain management: implementation issues and research opportunities**. The International Journal of Logistics Management. Flórida, v. 9, n. 8, p. 1-19, 1998.

LOURENÇO, Kátia Gomes e CASTILHO, Valéria. **Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP**. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100003)>. Acesso em 15/12/2011.

MACHLINE, Claude. **Cadeia de Valor na Saúde: Compras na Área de Saúde**. In Debates GV Saúde. n.3. Escola de Administração de Empresas da São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. 2007. Disponível em: <[http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaudade/Pesquisas\\_publicacoes/debates/03/29.pdf](http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaudade/Pesquisas_publicacoes/debates/03/29.pdf)>. Acesso em 08/01/2012.

MANDAREI JR, Fernando. **Análise da Cadeia de Suprimentos do Setor Farmacêutico Brasileiro Quanto ao Nível de Colaboração entre laboratórios e Operadores Logísticos**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Administração de Empresas); Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil. 2008.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um Processo em Construção: A Regulação da Saúde Suplementar no Brasil**. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências); Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2007.

MEDEIROS, Saulo Emmanuel R. et al. **Logística hospitalar: um estudo sobre as atividades do setor de almoxarifado em hospital público**. Revista de Administração da UFSM, v. 02, p. 59-79, 2008.

MESA-LAGO, Carmelo. **O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade**. 2007. Disponível em:< <http://www.nuso.org/upload/portugues/2007/MesaLago.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2009.

MOURA, Reinaldo Aparecido. **Manual de Logística Armazenagem e Distribuição Física**. São Paulo: IMAM, 1995.

NETO, Álvaro Simões da Conceição. **Estudo da Integração da Cadeia de Suprimentos da Indústria Siderúrgica.** Dissertação de Mestrado; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2005.

NOVAES, Antonio Galvão. **Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição: estratégia, operação e avaliação.** Rio de Janeiro: Campus, 2007.

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development. **Health at a Glance: Europe 2010.** Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/2/46/4672776.pdf>>. Acesso em 15/03/2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Acerca de La OMS.** Disponível em: <<http://www.who.int/about/es/>>. Acesso em 01/03/2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Gobernanza de La OMS.** Disponível em: <<http://www.who.int/about/governance/es/index.html>>. Acesso em 01/03/2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La OMS: personal y oficinas.** Disponível em: <<http://www.who.int/about/structure/es/index.html>>. Acesso em 01/03/2012.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH): A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano.** 2010. Disponível em <[http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_PT\\_Complete\\_reprint.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Complete_reprint.pdf)>. Acesso em 20/03/2012.

PONTES et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares.** IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão - 2008. Disponível em [http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais\\_cneg4/T7\\_0071\\_0329.pdf](http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0071_0329.pdf). Acesso em abril de 2012.

PONTES et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares.** IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão - 2008. Disponível em <[http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais\\_cneg4/T7\\_0071\\_0329.pdf](http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0071_0329.pdf)>. Acesso em 10/10/ 2011.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

POZO, Hamilton. **Administração de recursos materiais e patrimoniais: uma abordagem logística.** 3<sup>a</sup> edição, São Paulo: Atlas, 2004.

PROAHS, **Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar – Boletim de Indicadores PROAHS No. 62, abril / julho - 2011 –** Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/proahsa/indicadores/index.htm>. Acesso em abril de 2012.

RAZZOLINI Fº, E. e TABOADA RODRIGUEZ, C. M., **Avaliação de fornecedores e processo de compras nos hospitais paranaenses: desafios para a competitividade.** Revista Tuiuti Ciência e Cultura, v. 32-33, nr. 04 e 05, p. 129-152, 2004.

REHDER Marcelo, **Logística fica cara e atinge 11,7% do PIB.** Jornal “O Estado de São Paulo” edição de domingo, 21 de julho de 2007. Disponível em: <<http://busca.estadao.com.br/JSearch/CBQM!cBQM.action?e=&s=logistica+fica+cara>>. Acesso em 01/03/2012.

RIBEIRO, Sérgio. **Logística Hospitalar: desafio constante.** Notícias Hospitalares - Gestão de saúde em debate. 2005. Disponível em: <http://www.noticiashospitalares.com.br/mar2005>. Acesso em abril de 2012.

RODRIGUES, Enio F. **Análise da integração da cadeia de fornecimento: Um estudo de caso entre hospitais privados de pequeno e médio porte na Grande São Paulo.** In XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção – ENEGEP, 2010, São Carlos. Anais do XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP. São Paulo: ABEPRO, 2010. v. 1. p.1-14.

RODRIGUES, Paulo Roberto Ambrosio. **Introdução aos sistemas de transporte.** 3º ed. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

RUNGTUSANATHAN, M.; Salvador F.; Forza C.; and Choi T.Y. **Supply chain linkages and operational performance.** International Journal of Operations & Production Management; vol.23, n.9, pp.1084-1099, 2003.

SCARAZATTI, Gilberto Luiz. **Tendências na Atenção Hospitalar.** Disponível em:<<http://www.saude.ms.gov.br/controle>ShowFile.php?id=19833>>. Acesso em 15/01/2012.

SILVA, Edna L. da e MENEZES, Ester M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

SIMON, Alexandre Tadeu e PIRES, Silvio Roberto I., **Metodologia para Análise da Gestão da Cadeia de Suprimentos: Estrutura, Processos de Negócio e Componentes de Gestão.** Revista da Ciencia & Tecnologia, Vol.11, N. 22, pp.57-66, jul/dez 2003. Disponível em <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/rct22art06.pdf> acesso em 15/02/2012. Acesso em 10/02/2012.

SIMONETTI, Vera Maria Medina, NOVAES, Mario Lucio de Oliveira, GONÇALVES, Antonio Augusto. **Seleção de medicamentos, Classificação ABC e redução do nível dos estoques da Farmácia hospitalar.** In: XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 2007, Rio de Janeiro. Anais do XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP. Rio de Janeiro : Abepro, 2007. v. 1. p. 1-8.

SOUZA, Gleim Dias de, CARVALHO, Maria do Socorro M. V. de e LIBOREIRO, Manuel Alejandro Martínez. **Gestão da Cadeia de Suprimentos Integrada à Tecnologia da Informação.** Revista de Administração Pública, vol. 40, nº 4. Rio de Janeiro. Julho e agosto de 2006.

TEMPORÃO, José Gomes. **Temporão: atrelada ao PIB, saúde fica à mercé da economia.** Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI4019720-EI306,00-Temporao+atrelada+ao+PIB+saude+fica+a+merce+da+economia.html>>. Acesso em out. 2009.

UGÁ, Maria Alicia D. **Estudo dos prestadores hospitalares frente as práticas de micro-regulação das operadoras de planos de saúde.** Fiocruz. Rio de Janeiro. 2007.

VIEIRA, José Geraldo V. **Avaliação do estado de colaboração logística entre indústrias de bens de consumo e redes de varejo supermercadista.** Tese de Doutorado (Doutorado em Engenharia de Produção); Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2006.

VIEIRA, José Geraldo Vidal ; Yoshizaki, Hugo Tsugunobu Yoshida ; LUSTOSA, Leonardo Junqueira . **Um estudo exploratório sobre colaboração logística em um grande varejo supermercadista.** Revista Produção, São Paulo, v. 20, p. 135-147, 2010.

VINHOLIS, Marcela de Melo, SOUZA, Juan Diego Ferelli, SOUZA FILHO, Hildo Meirelles. **Integração na cadeia de suprimentos da carne bovina: um caso brasileiro.** In: XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2010, São Carlos (SP). Anais do XXX ENEGEP, 2010.

VIVALDINI, Mauro, PIRES, Silvio Roberto I. **Operadores Logísticos, Integrando Operações em Cadeias de Suprimentos.** São Paulo: Atlas, 2010.

VIVALDINI, Mauro, SOUZA, Fernando Bernardi, **IMPLEMENTAÇÃO DE UM CPFR COLLABORATIVE PLANNING, FORECASTING, AND REPLENISHMENT) POR INTERMÉDIO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS LOGÍSTICOS (PSL).** In. Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, IX, 2006, São Paulo. Anais do SIMPOI. São Paulo: FGV-EAESP, 2006, 17 p.

VIVALDINI, Mauro, SOUZA, Fernando Bernardi, PIRES, Silvio Roberto I. **Implementação de um sistema collaborative planning, forecasting, and replenishment em uma grande rede de fast food por meio de um prestador de serviços logísticos.** Gestão & Produção. Vol. 15, n. 3, p. 477-489, 2008.

VIVALDINI, Mauro, SOUZA, Fernando Bernardi, PIRES, Silvio Roberto I **Processos Componentes no CPFR (Collaborative Planning, Forecasting, and Replenishment): Estudo de Dois Casos Práticos.** In: XII Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, 2009, São Paulo. Anais do XII SIMPOI, 2009.

WANKE, Peter. **Tendências na Gestão de Estoques em Organizações de Saúde.** Disponível em <[http://www.ilos.com.br/web/index.php?option=com\\_content&task=view&id=735&Itemid=74&lang=br](http://www.ilos.com.br/web/index.php?option=com_content&task=view&id=735&Itemid=74&lang=br)>. Acesso em 01/03/2012.

## 9.0 ANEXOS

### Anexo 1 – Formulário de Pesquisa

<p style="text-align: center;"><b>UNIP – Universidade Paulista</b>  <b>Doutorado em engenharia de produção</b>  <b>Pesquisa sobre a colaboração e integração na cadeia de suprimentos hospitalar</b></p>				
<p style="text-align: center;"><b>Prof. Enio Fernandes Rodrigues</b></p>				
<p style="text-align: center;"><b>Caracterização da Empresa</b></p>				
<p>Empresa do entrevistado:</p>				
Setor:	Tempo na empresa:			
Tempo da empresa no mercado:	Número de leitos:			
Nome do entrevistado:	e-mail:			
Data da entrevista: Fim:	Hora Inicio:	Hora		
<p style="text-align: center;"><b>Dimensões de Análise</b></p>				
1	Integração interfuncional			
2	Orientação estratégica para o mercado			
3	Sistemas de informação e monitoramento de performance			
4	Planejamento conjunto e equitativo			
5	Decisões de estrutura e governança			
6	Gestão do relacionamento			
7	Visão da integração e colaboração			
<p style="text-align: center;"><b>Parte I – Integração interfuncional</b></p>				
<p><b>Esclarecimentos</b></p> <p>Corresponde ao planejamento e ações de ordem externa e interna, incluindo o compartilhamento de ações e bases estratégicas de decisão. Aponta para a integração interna e externa de processos com cruzamento de equipes intra e inter empresas. Compreende-se esse elemento como sendo de natureza de integração tática, denominada “ações conjuntas”, que apontam para a inclusão dos parceiros além das fronteiras organizacionais, podendo ser traduzida no compartilhamento de metas e ações.</p>				
<p><b>Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)</b></p>				
<p><b>1 - A empresa gerencia e fomenta a comunicação com a cadeia de fornecimento?</b></p>		<p><b>Aderência</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Total</td> <td>Parcial</td> </tr> </table>	Total	Parcial
Total	Parcial			
<b>Respostas</b>	Existe a divulgação de metas numéricas e planos visando o atendimento às demandas de mercado com o compartilhamento de riscos e informações, objetos de planejamento futuro são explicitados para a cadeia de fornecimento.			

	São apresentadas metas numéricas como forma de anteceder as posições de ordem estratégica da empresa, permitindo ao fornecedor adequar-se ou antever as necessidades para o abastecimento futuro na cadeia. Aspectos futuros não são abordados.		
	Aspectos como metas numéricas são tratadas apenas em função das demandas no relacionamento, como exemplo, é possível observar os fornecedores que apresentam determinados problemas.		
	A empresa não estabelece metas explícitas dentro da cadeia, mas o atendimento às especificações é fundamental para a manutenção da relação contratual		
	A empresa não gerencia ou fomenta qualquer sistema de comunicação com a cadeia de fornecimento		
	<b>2 - Existem programas que caracterizem a colaboração entre a cadeia de fornecimento e a empresa?</b>	<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	A empresa mantém projetos de aprimoramento da rede de suprimentos em parceria com os fornecedores, visando o ganho no nível de serviço e divisão dos riscos. Esses programas incluem reuniões periódicas, formação de parcerias em novos projetos, compartilhamento dos custos de implantação. São apresentados os pontos chave, de ordem tática e estratégica dos processos vigentes ou futuros.	Total	Parcial
	Ocorrem apenas com os fornecedores chave, de forma que, procura-se aprimorar o desempenho logístico do processo de suprimento, mas, pautado apenas de forma pontual, mas focado no aprimoramento da cadeia de suprimento e na colaboração e integração dos processos.		
	Existem projetos periódicos, mas focados apenas nos aspectos e necessidades da empresa contratante, de forma que os investimentos são de obrigação da empresa parceira. Essa postura visa aprimorar o desempenho logístico da cadeia, mas, não onerar o processo produtivo do contratante.		
	Ocorrem apenas em momentos distintos, típicos de alguma intercorrência fruto de algum desconforto na relação de abastecimento, como na falta de material ou o não atendimento das condições formalizadas em pedido, das condições de entrega das solicitações programadas junto ao fornecedor, gerando desabastecimento e falta de material, sendo assim traduzido como compras urgentes e de perfil não planejado.		
	A organização não gera programas de colaboração na cadeia de fornecimento.		
	<b>3 - A empresa mantém algum processo no qual as atividades promovam a participação física de colaboradores na planta do cliente?</b>	<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	Existem processos que são diretamente geridos pelos fornecedores instalados na planta do cliente, preferencialmente nos almoxarifados e setores responsáveis pelo abastecimento, de forma a monitorar e acompanhar em tempo real o comportamento do processo, além de comunicar seu expertise de fornecimento, colaborando diretamente com o ganho de desempenho da empresa e compreendendo melhor a natureza das operações.	Total	Parcial

	Existem processos geridos pelos fornecedores, porém, apenas são divulgadas informações de ordem operacional. Os fornecedores são envolvidos fisicamente na atividade dependendo da necessidade, e na medida das demandas, de forma que tem “livre acesso” as áreas de processamento, recebimento e guarda de insumos.		
	Em função das necessidades e da natureza das demandas apresentadas nos processos, as empresas fornecedoras são convidadas a participar do processo, porém, em condições provisórias.		
	Não existem processos que necessitem da participação dos fornecedores ao longo da cadeia interna. A empresa detém <i>Know-How</i> suficiente para tratar as ocorrências e transferir as ações desejadas para sua cadeia de fornecimento, sugerindo assim a adaptação dos fornecedores à nova concepção, construída a partir das demandas mais latentes na empresa compradora. Mas, em determinadas situações, são estabelecidas ações locais, podendo ser incluída a participação do fornecedor.		
	Não são permitidas quaisquer participações de fornecedores na execução de processos intra-organizacionais, de forma que essas ações não vão a encontro da política de relacionamento da empresa.		
	<b>4 - A empresa monitora e acompanha processos de negócio existentes na planta ou instalações de seus fornecedores?</b>	<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	Todos os processos de negócio vigentes na relação da cadeia são amplamente monitorados, com visitas programadas, de forma que, na relação contratual destacam-se os requisitos de amplo acesso as instalações do fornecedor em momentos oportunos para a contratante. Essa condição é contratual e deve ser obedecida para a efetivação da relação de fornecimento. Posteriormente, o histórico de fornecimento é monitorado e gerido frente a metas definidas com, base nas demandas internas da empresa compradora.	Total	Parcial
	Os processos de negócio que impactam diretamente na relação de fornecimento ou possam contribuir na construção do nível de serviço com a cadeia produtiva de nossa empresa, são amplamente monitorados por meio de auditorias, visitas técnicas e acompanhamento de desempenho do fornecedor, considerando que no momento que se inicia o relacionamento comercial, tal sistemática é parte integrante de nossa política de desenvolvimento. Posteriormente, o histórico de fornecimento é monitorado e gerido frente a metas definidas com, base nas demandas internas da empresa compradora.		
	Os processos de negócio são monitorados, inicialmente, com base na relação comercial, de forma que condições como preço, qualidade e prazos estejam no bojo da relação contratual. Pontualmente poderão ser conduzidas visitas técnicas com especialistas do setor, porém, essa não é uma prática rotineira, e nem por isso existe o comprometimento do nível de serviço ou da qualidade dos processos executados pela empresa compradora. Procura-se compensar essa prática garantindo que a relação contratual traga as cláusulas necessárias para manter a proteção necessária para a empresa compradora.		
	Os aspectos de processo de negócio estão fundamentados na qualidade, prazo e preços praticados pelo fornecedor, de forma que esse monitoramento é feito com base no histórico de fornecimento da fonte potencial de compra e de seu relacionamento com o mercado de saúde. Oportunamente serão		

	acompanhados os índices de desempenho do fornecedor após as entregas e utilização dos insumos adquiridos na negociação, gerando visitas comerciais e não de ordem técnica.		
	Os processos de negócio não são monitorados quando o âmbito de análise é a cadeia de fornecimento. O foco é puramente o atendimento aos requisitos contratuais		

## Parte 2 – Orientação estratégica para o mercado

### Esclarecimentos

**Esse elemento visa apontar a participação dos membros da cadeia de abastecimento na construção das estratégias que deverão nortear as ações da empresa compradora em seu mercado de atuação. O conhecimento das necessidades dos clientes, tais como, valores, produtos, nível de serviço, entre outros, oferecem a possibilidade da construção de diferenciais competitivos que possam permitir a longevidade da cadeia de fornecimento e consequentemente, a manutenção dos atores dentro de seu mercado de atuação .**

### Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)

			Aderência	
			Total	Parcial
Respostas	1 - A empresa realiza o mapeamento dos aspectos de mercado e análise de suas potencialidades na concepção de seu planejamento estratégico de negócio?	São executas todas as análises necessárias para a construção do plano de negócios, inclusive observando e buscando informações, de forma rotineira, referente a capacidade de resposta das fontes de fornecimento, tanto na atividade de fornecimento, como na execução de ações de colaboração. Os membros da cadeia de fornecimento são consultados para avaliar a possibilidade da participação efetiva da cadeia atual e na aplicação dos modelos futuros de gestão, garantindo assim a adaptabilidade do nível de competitividade esperado pela organização e o atendimento as novas demandas do mercado no qual a empresa participa.		
	São executadas as análises necessárias para o desenvolvimento de uma estratégia de médio prazo, Pontualmente, os membros da cadeia de fornecimento podem ser consultados para avaliar a possibilidade da participação e na aplicação dos modelos futuros de gestão, garantindo assim a adaptabilidade do nível de competitividade esperado pela organização e o atendimento as novas demandas do mercado no qual a empresa participa.			
	São executas apenas as análises necessárias para a construção do plano de negócios de curto prazo. Porém, os fornecedores podem opinar na elaboração desses planos. Pontualmente, se necessário, poderão ser consultados em decorrência de alguma necessidade que se faça necessário, por decorrência das ações que venham a ser tomadas pela empresa compradora.			
	Os processos de planejamento da organização dizem respeito ao cenário decorrente de seus anseios, potencialidades de mercado e aspectos, ações competitivas dos concorrentes. Tais elementos serão estruturados de acordo com as demandas inerentes a cada processo, e os fornecedores serão consultados ou desenvolvidos, visando o atendimento aquilo que for definido pela alta administração na elaboração das estratégias e ações de mercado.			

	O mapeamento de mercado não está relacionado aos aspectos de planejamento de negócio praticado pela empresa.		
<b>2 - A empresa costuma traduzir e monitorar seu ambiente competitivo?</b>		<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	A empresa está constantemente revendo sua base competitiva e envolvendo os membros da cadeia produtiva, tanto no microambiente de negócio (processos internos) como sua expansão para a cadeia de suprimentos, tais ações visam à constante adaptabilidade da empresa ao ambiente competitivo e jurídico, ao qual a empresa está exposta. Tal processo é estruturado e contemplado nas ações organizacionais.		
	A empresa está, na medida das necessidades, revendo sua base competitiva e envolvendo os membros da cadeia produtiva, tanto no microambiente de negócio. Tal processo não é estruturado, mas, é contemplado nas ações organizacionais.		
	Em decorrência de ações mais efetivas do mercado competidor, a empresa reúne esforços no sentido de procurar se adaptar as novas demandas de sua base de clientes, reconfigurando produtos e processos na medida das necessidades e, se necessário, envolvendo os fornecedores em suas novas ações.		
	Periodicamente (com base anual) são realizadas análises do mercado competitivo visando ações que permitam adaptar a empresa as novas demandas de mercado. Essas análises enfocam primordialmente os aspectos da microestrutura da empresa, de forma que a cadeia produtiva não é alvo dessas análises.		
	A empresa não monitora o ambiente competitivo em função da natureza e criticidade de suas atividades.		
<b>3 - A empresa atualiza suas ações estratégicas envolvendo a cadeia de fornecedores.</b>		<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	Sempre são realizadas ações de conscientização dos fornecedores quanto às novas bases competitivas da empresa. Essas ações são amplamente divulgadas por meio de eventos reunindo os fornecedores em locais pré-determinados, e são incrementadas com a participação de especialistas na divisão de novos conhecimentos.		
	Ações de conscientização dos fornecedores quanto às novas bases competitivas da empresa são realizadas em função de necessidades. Essas ações são divulgadas por meio de eventos reunindo os fornecedores em locais pré-determinados, e são incrementadas com a participação de especialistas na divisão de novos conhecimentos.		
	As questões de atualização estratégica e ações efetivas são passadas aos fornecedores por meio de comunicados formais, elucidando a cadeia de fornecimento das tendências vislumbradas pela empresa contratante e suas ações efetivas para manter-se competitiva em seu mercado.		
	As atualizações quanto às posturas estratégicas da empresa são passadas nos momentos que o fornecedor reúne-se com o departamento de compras		

	durante a formalização do processo de compras.		
	Os aspectos estratégicos são de interesse da empresa compradora, e dessa forma, não são divididos com a cadeia de fornecimento.		

### Parte 3 – Sistemas de informação e monitoramento de performance

#### Esclarecimentos

Nesse elemento, o foco principal está no compartilhamento das informações visando o bom desempenho das atividades organizacionais, tal qual a transparência das informações de processos, o que pode ampliar os aspectos de previsibilidade e melhorar os custos da empresa contratada e contratante. Outra vertente desse elemento refere-se ao monitoramento de performance por meio de indicadores de desempenho (métricas de ordem financeira, operacional, de mercado e comportamento) junto aos membros da cadeia de suprimentos.

#### Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)

1 - A empresa mantém ações que favoreçam os fornecedores quanto às informações de ordem operacional, aspectos quanto ao giro de estoques, composição de produtos e serviços, ações de marketing ou campanhas internas que possam comprometer o desempenho logístico dos elementos da cadeia de fornecimento?

Aderência

Total Parcial

<b>Respostas</b>	A empresa mantém um processo de compartilhamento de informações referentes aos dados de consumo e possíveis ações ligadas aos processos que gerem qualquer impacto às fontes de fornecimento. Essas informações são disponibilizadas em tempo real junto aos fornecedores, como VMI (gerenciamento do estoque pelo fornecedor) para que os mesmos possam adaptar-se e garantir um fluxo contínuo no fornecimento, evitando assim rupturas no processo de fornecimento e o consequente comprometimento do nível de serviço ou do desempenho dos processos internos do comprador.		
	A empresa compradora informa sua cadeia de fornecimento quanto aos volumes periódicos de aquisição, informação essa, que deve servir de base para o planejamento dos fornecedores e decorrente abastecimento. Pontualmente, ações que incrementem o consumo são transferidas oportunamente a cadeia de fornecimento, a qual deverá, na medida de suas possibilidades, atender ao novo cenário.		
	A empresa compradora informa os fornecedores apenas sobre o consumo de itens críticos, e de periodicamente, de maneira que fica protegida sua base informacional e os aspectos relacionados à concepção das suas previsões de demanda.		
	Os aspectos de consumo são fornecidos no momento de formalização da relação comercial, não cabendo a empresa compradora a disponibilização de informações decorrentes de processos internos, ou mesmo suas causas. Qualquer alteração dessas condições deverão ser fornecidos através de novas cotações e pedidos junto a cadeia de fornecimento.		
	A empresa não fornece informações de base operacional, tática ou estratégica quanto a seus processos internos, de forma que a relação com a cadeia é estritamente comercial.		

<b>2 - Os processos de aquisição praticados pela empresa são executados com base em tecnologias de informação e comunicação (TIC), garantindo a rápida disponibilidade e o aumento da confiabilidade dos processos?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	A empresa pratica todas as suas aquisições predominantemente com o uso de tecnologias como EDI (troca eletrônica de dados) e as aquisições são realizadas por meio de ambiente virtual (portais de compra). Tais tecnologias asseguram igualdade de condições para as fontes de fornecimento na concorrência por novos itens e permitem o apoio de sistemas informatizados na execução de atividades rotineiras.		
	A empresa pratica as aquisições de itens críticos com o uso de tecnologias como EDI (troca eletrônica de dados) e as aquisições são realizadas por meio de ambiente virtual (portais de compra). Tais tecnologias asseguram igualdade de condições para as fontes de fornecimento na concorrência por novos itens e permitem o apoio de sistemas informatizados na execução de atividades rotineiras.		
	As aquisições são realizadas predominantemente através de contato com os fornecedores, normalmente por email, são passadas as informações de cotação e retornado pelos fornecedores para a efetivação do pedido pelo departamento responsável pelas aquisições		
	Em decorrência da natureza das atividades realizadas pela empresa, as aquisições são realizadas junto aos fornecedores predominantemente por meio de pedidos de compra impressos e entregues as fontes de fornecimento por transmissão (FAX) ou pessoalmente. Tal processo assegura as informações e o relacionamento com a base de fornecedores.		
	No momento a empresa não aplica nenhuma tecnologia de informação ou comunicação significativa ou que mereça destaque, com exceção do contato telefônico em seus processos de aquisição.		
<b>3 - A empresa dispõe de processos que gerem indicadores de desempenho junto aos fornecedores e tais ações geram benefícios aos processos de aquisição?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	A organização mantém diversos indicadores que permitem avaliar o desempenho de todos os fornecedores, periódicos, de forma que são apontadas as principais deficiências encontradas na relação de fornecimento, além de cobrar da cadeia de fornecimento ações corretivas e/ou preventivas no sentido de minimizar os efeitos decorrentes da performance desses fornecedores.		
	A organização mantém diversos indicadores que permitem avaliar o desempenho dos principais fornecedores, periódicos, de forma que são apontadas as principais deficiências encontradas na relação de fornecimento, além de cobrar da cadeia de fornecimento ações corretivas e/ou preventivas no sentido de minimizar os efeitos decorrentes da performance desses fornecedores.		
	A empresa mantém indicadores que apenas são acionados por decorrência de não conformidades observadas no processo de fornecimento, que não apontam uma periodicidade, mas elucidam os fornecedores quanto às principais dificuldades observadas no período.		

	A organização não alimenta indicadores de desempenho, mas estabelece um nível de serviço junto a sua cadeia de fornecimento, de forma que, possíveis não conformidades, são tratadas à medida que surgem, minimizando esforços, custos e apontando ações mais efetivas para a organização.		
	A empresa não trata ou mantém qualquer tipo de ações ou indicadores de desempenho em seus processos de aquisição.		
<b>4 - A organização pratica o compartilhamento das informações através de tecnologias de colaboração, de forma que, dados referentes aos processos estejam disponíveis por meio de tecnologia de rede aos principais membros da cadeia de fornecedores?</b>		<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	A empresa pratica a disponibilização de suas informações em rede a todos os fornecedores do processo.		
	A empresa pratica a disponibilização de suas informações em rede apenas aos fornecedores mais significativos do processo.		
	A disponibilização das informações por meio de rede é limitada aos volumes de consumo e estoque de produtos para todos os fornecedores		
	A disponibilização das informações por meio de rede é limitada aos volumes de consumo e estoque de produtos para os principais fornecedores.		
	A empresa não disponibiliza as informações em rede para a cadeia de fornecimento.		

#### **Parte 4 – Planejamento conjunto e equitativo**

##### **Esclarecimentos**

Essas atividades estão relacionadas ao desenvolvimento de metas e desempenho alinhado e focado no ganho compartilhado e na colaboração mútua entre a empresa e os elementos da cadeia de fornecimento. Da mesma forma, concentra-se nesse item o compartilhamento de riscos e a construção de incentivos, visando o aprimoramento da cadeia de fornecimento. Esses elementos colaboram na governança da cadeia, nos tipos de decisões, participação dos membros e nos aspectos estruturais da cadeia de suprimentos.

##### **Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)**

	<b>1 - O desenvolvimento de novos serviços e/ou produtos está condicionado à participação da cadeia de fornecimento?</b>	<b>Aderência</b>	
<b>Respostas</b>	Todos os produtos e/ou serviços passam por um processo de desenvolvimento, que obrigatoriamente, tem a participação dos fornecedores no tocante a tecnologia necessária, impacto dos custos envolvidos e conhecimento / expertise para sua operacionalização.		
	Apenas produtos ou serviços considerados críticos, passam por um processo de desenvolvimento, que obrigatoriamente, tem a participação dos fornecedores no tocante a tecnologia necessária, impacto dos custos envolvidos e conhecimento / expertise para sua operacionalização.		
	Os processos de desenvolvimento são expostos aos fornecedores a partir do momento que estão sendo elaborados, tendo como principal objetivo, obter a coleta de preços e desenvolvimento de fontes potenciais de fornecimento.		
	Os fornecedores apenas participam dos novos desenvolvimentos a partir da cotação de recursos, sendo alvo de negociação e adequação dos novos		

	desenvolvimentos no intuito de proporcionar viabilidade dos novos projetos.		
	Fornecedores não são consultados para novos projetos.		
	<b>2 - A empresa estabelece um sistema de incentivos, com fornecedores visando o aprimoramento dos sistemas produtivos?</b>	<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	A empresa mantém programas de incentivos por meio de premiações, diferenciações nos valores pagos a todos os fornecedores, além de programas de debates que vão de encontro às políticas de aprimoramento dos sistemas produtivos e metas organizacionais.		
	A empresa mantém programas de incentivos por meio de premiações, diferenciações nos valores pagos aos fornecedores de itens considerados críticos, além de programas de debates que vão de encontro às políticas de aprimoramento dos sistemas produtivos e metas organizacionais.		
	Os programas de incentivo resumem-se ao monitoramento da performance e a devida comparação da mesma com as metas estabelecidas pela política da empresa compradora.		
	Os incentivos fornecidos estão vigentes na política de compras da empresa. Bons resultados (preço e desempenho) garantem a manutenção dos pedidos.		
	Não mantidas quaisquer políticas de incentivos para os membros da cadeia produtiva.		
	<b>3 - A empresa mantém processos que possam garantir o alinhamento dos objetivos referentes às atividades inerentes a cadeia de suprimentos?</b>	<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	A empresa ao definir suas metas e objetivos organizacionais ouve todos os fornecedores para avaliar o alinhamento e permitir uma ampliação da sinergia e dos investimentos realizados na cadeia produtiva.		
	Os aspectos de definição de metas observam apenas os fornecedores significativos, de forma que o principal alvo na escolha dos objetivos são os anseios da empresa compradora.		
	Os aspectos de definição de metas, sempre que possível, observam os fornecedores significativos, de forma que o principal alvo na escolha dos objetivos são os anseios da empresa compradora.		
	A definição de metas é exclusivamente um parâmetro das políticas definidas pela alta administração da empresa compradora, de forma que, os fornecedores apenas são consultados para avaliar seu interesse em continuar no mix de fontes de fornecimento.		
	Não são tomadas ações de alinhamento estratégico quanto as fonte de fornecimento e a empresa compradora.		

		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	4 - O planejamento da empresa leva em consideração a capacidade produtiva, interesse estratégico ou capacidade de investimento dos fornecedores?		
	Os fornecedores são amplamente contemplados nessas avaliações		
	Apenas os principais fornecedores são contemplados nessas avaliações		
	Pontualmente, poderão ser levadas em consideração os aspectos competitivos dos fornecedores.		
	Capacidade de investimento e competências são primordiais para manter-se dentro da cadeia de fornecimento de nossa empresa, portanto, cabe ao fornecedor adequar-se.		
<b>Parte 5 – Decisões de estrutura e governança</b>			
<b>Esclarecimentos</b>			
Essa dimensão procura centrar-se nas questões estruturais da cadeia de fornecimento, aqui são alvos de análise os acordos, alianças e contratos firmados entre os membros da cadeia de fornecimento.			
<b>Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)</b>			
<b>Respostas</b>	1 - A empresa procura construir estruturas de relacionamento com empresas especialistas no segmento de negócio, no caso saúde, de forma que procure absorver competências específicas além de enfatizar a especialização dos parceiros?	<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
	A busca de fontes de fornecimento, para todos os itens, que conheçam profundamente o ramo de atividade da empresa e seu mercado de atuação são pré-requisitos para o aprimoramento da relação comercial como fornecedor.		
	A busca de fontes de fornecimento, para os itens determinados como críticos, que conheçam profundamente o ramo de atividade da empresa e seu mercado de atuação são pré-requisitos para o aprimoramento da relação comercial como fornecedor.		
	A especialização apenas é um requisito para atividades específicas de contratação, podendo haver participação de outras empresas especializadas em segmentos difusos sem prejuízo de concorrência.		
<b>Respostas</b>	Esse fator é preferencial, porém, não primordial para o relacionamento comercial. Fornecedores de outros segmentos são bem vindos, de maneira que não representa qualquer impedimento.		
	Não existe qualquer preferência no que tange a empresas que atuam no segmento de negócio da empresa compradora.		
	<b>2 - A empresa busca desenvolver novas competências por meio de alianças estratégicas em sua rede de negócio?</b>	<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
	Os fatores competências são alimentadas na busca incessante de parceiros que possam agregar valor aos processos e remeter uma vantagem competitiva a empresa		

	contratante. Essas ações são para todos os fornecedores.		
	As competências são alimentadas na busca incessante de parceiros que possam agregar valor aos processos e remeter uma vantagem competitiva a empresa contratante. Essas ações são tipicamente para itens críticos. Essas ações são apenas para fornecedores de itens críticos.		
	São realizadas, de forma não sistemática, alianças para aprimoramento dos processos e de seu desempenho, porém, essas práticas estão restritas a política de fornecimento estabelecida pela alta administração. Essas ações são para todos os fornecedores.		
	Na medida do possível, a empresa procura auxílio para aprimoramento dos processos junto aos fornecedores, porém, essas práticas estão restritas a política de fornecimento estabelecida pela alta administração.		
	A empresa não pratica alianças em seu ramo de atividade, de forma que as relações geridas são apenas de fornecimento.		
<b>3 - A empresa procura formalizar suas relações de suprimento por meio de contratos de fornecimento junto às fontes habituais?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
Respostas	Os contratos de fornecimento são primordiais, em todos os itens adquiridos, de maneira que a empresa obtenha a segurança necessária na relação de aquisição de recursos, de forma que, procura-se primordialmente aplicá-la ao contexto dos negócios realizados junto a sua cadeia de suprimentos.		
	Os contratos de fornecimento são executados apenas com fontes de itens críticos para o abastecimento da empresa compradora.		
	As relações contratuais são executadas pontualmente, e apenas com as fontes habituais de grande impacto, tendo pequena representação no universo de negócios realizados junto à cadeia de fornecimento.		
	A empresa evita a prática de relações contratuais, uma vez que tal processo onera e compromete a agilidade nas relações de fornecimento. Essas, apenas são praticadas, com baixíssima incidência, nos itens adquiridos, e que exijam grande segurança jurídica.		
	A empresa não pratica relação contratual com a cadeia de fornecimento.		
<b>4 - A empresa atua e forma a minimizar os aspectos relacionados à densidade da cadeia de fornecimentos?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
Respostas	A empresa procura trabalhar com um número diminuto de fontes de fornecimento, tal prática mantém um grau de dependência e a governança da cadeia por parte da empresa compradora.		
	A empresa procura trabalhar com um número diminuto de fontes de fornecimento, para a aquisição de itens críticos, tal prática mantém um grau de dependência e a governança da cadeia por parte da empresa compradora.		
	A empresa trabalha com um número amplo de fontes de fornecimento, de forma que maximize o aspecto competitivo entre as fontes de fornecimento e traduza-se como redução de preços para a empresa compradora.		

	A empresa não tem regras quanto ao número de fornecedores, depende unicamente do momento e da capacidade dos fornecedores. Existem orientações não formalizadas dentro desse processo.		
	Não existe qualquer preocupação com esse elemento de análise.		

## Parte 6 – Gestão do relacionamento

### Esclarecimentos

**A gestão de relacionamento torna-se importante quando as relações de poder e conflito na cadeia pode comprometer o interesse dos atores, a predisposição a investimentos, bem como aspectos que remetem ao aprimoramento do desempenho individual de seus membros. Ainda é possível haver o comprometimento das partes por diferenças de cultura, expectativas de poder e conflito junto aos parceiros.**

### Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)

<b>Respostas</b>	<b>1 - A empresa pratica uma política de relacionamento com os parceiros da cadeia de fornecimento, procurando conhecer seu histórico e desenvolvendo atividades visando o aprimoramento no tocante as competências demandadas pela atividade da empresa compradora?</b>	<b>Aderência</b> <span style="float: right;">Total    Parcial</span>
	Aspectos dessa natureza são pauta efetiva das discussões com todos os membros da cadeia de fornecimento, de forma que os atores e parceiros estão constantemente sendo monitorados, assistidos na definição de novas políticas por parte da empresa compradora.	
	Aspectos dessa natureza são pauta das discussões com os membros da cadeia de fornecimento de itens denominados críticos, de forma que os atores e parceiros estão constantemente sendo monitorados, assistidos na definição de novas políticas por parte da empresa compradora.	
	Independente da camada que se encontram os fornecedores, apenas elementos de ordem estratégica são geridos nesse sentido. De forma geral, não existe uma política definida com esse fim.	
	Cenários de gestão de relacionamento são alvo apenas dos membros de primeira camada na cadeia produtiva da empresa compradora, e mesmo assim de forma pontual.	
	Não existe uma política que vá de encontro a gestão de relacionamentos, apenas o relacionamento comercial decorrente dos pedidos.	
<b>Respostas</b>	<b>2 - A empresa contratante avalia as empresas fornecedoras quanto a competência e exige uma postura proativa quanto as novas técnicas ou tecnologias disponíveis no mercado?</b>	<b>Aderência</b> <span style="float: right;">Total    Parcial</span>
	São exigidas dos fornecedores adequação as novas políticas de mercado, legislação e certificações que remetam ao ganho de eficiência e desempenho na cadeia produtiva. Essas exigências remetem tanto a primeira camada de fornecimento, como aos subfornecedores.	
<b>Respostas</b>	A prática quanto a exigência de adaptação as políticas locais são colocadas apenas aos principais fornecedores, aqueles que impactam efetivamente o	

	desempenho dos processos da empresa contratante.		
	Existe uma política, mas ações nesse contexto são pontuais, não havendo nenhum processo estruturado, porém, algumas evidências podem ser observadas nesse sentido.		
	Não existe exigência direta nesse contexto, porém, a existência de certificações, ou competências declaradas e auditadas, e também reconhecidas por órgãos externos podem ser interpretados como diferenciais competitivos no momento da escolha de uma nova fonte de fornecimento.		
	Não existe qualquer exigência nesse sentido, sendo alvo de análise apenas o preço e prazo dos produtos fornecidos.		
<b>3 - A empresa procura classificar seus fornecedores quanto ao desempenho e competências apresentados?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	Em decorrência do desempenho dos fornecedores existe uma classificação para todas as empresas fornecedoras, sendo posteriormente é utilizado como critério na escolha de fontes de fornecimento durante os novos desenvolvimentos, sendo que essa prática é de conhecimento dos atores da cadeia de fornecimento.		
	Em decorrência do desempenho dos fornecedores existe uma classificação apenas para os fornecedores de itens denominados críticos, sendo posteriormente é utilizado como critério na escolha de fontes de fornecimento durante os novos desenvolvimentos, sendo que essa prática é de conhecimento dos atores da cadeia de fornecimento.		
	Existe uma classificação com fins de conhecimento dos fornecedores, porém apenas é aplicada para as empresas denominadas como fornecedores habituais no momento dos novos desenvolvimentos.		
	Não existem classificações nesse sentido, porém o histórico de fornecimento é levado em consideração no momento de aprimorar os relacionamentos por meio de novos desenvolvimentos.		
	A empresa não pratica qualquer classificação, e, portanto esse elemento não é alvo da gestão de relacionamentos presentes na política da organização.		
<b>4 - A empresa procura realizar a manutenção dos aspectos de confiança e interdependência dos fornecedores no que se refere a sua cadeia de fornecimento?</b>		<b>Aderência</b>	
		Total	Parcial
<b>Respostas</b>	A empresa procura manter uma política de ampliação da confiança dos fornecedores e integração das partes, desenvolvendo, sempre que possível, novos itens junto aos fornecedores habituais, o que amplia, consequentemente a interdependência dos atores da cadeia de fornecimentos.		
	Esses fatores são práticas junto aos principais fornecedores, cabendo assim o ganho na a relação de interdependência desses fornecedores e ampliando o adensamento da cadeia de fornecimento.		
	Essas práticas são parte de uma política não formalizada pela empresa, porém,		

	compatível e alimentada pelas práticas do setor de compras.		
	A manutenção da confiança e interdependência com os fornecedores é realizada apenas em função dos pedidos realizados dentro do mês corrente.		
	Não existem quaisquer orientações ou práticas nesse sentido na empresa.		

## Parte 7 – Visão da integração e colaboração

### Esclarecimentos

O entrevistado deverá assinalar uma alternativa de acordo com a intensidade da resposta a ser fornecida. Para cada questão poderá ser aplicada uma resposta de 1 a 5, sendo 1 para menos relacionado e 5 para totalmente relacionado.

### Questões relacionadas (escolha apenas uma resposta)

Item	Questões	Notas				
		1	2	3	4	5
<b>1</b>	As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa contratante.					
<b>2</b>	As ações de integração e colaboração podem ampliar os custos no relacionamento com os fornecedores para empresa fornecedora.					
<b>3</b>	A empresa não está preparada para gerir sua cadeia de fornecimento pela ótica apresentada na integração e colaboração da cadeia.					
<b>4</b>	A mão de obra disponível não é compatível com as práticas apresentadas no tocante a integração e colaboração da cadeia de suprimentos.					
<b>5</b>	A integração e colaboração trazem riscos para a empresa contratante.					
<b>6</b>	Questões como simetria (semelhança) entre as empresas fornecedoras e a contratante colaboram para o comprometimento de qualquer processo de integração ou colaboração.					
<b>7</b>	A confiança no parceiro, tanto pela ótica do contratante, como no tocante ao fornecedor são cruciais para a aplicação do conceito de integração e colaboração da cadeia de suprimentos					
<b>8</b>	A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratante.					
<b>9</b>	A prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos pode fornecer vantagens competitivas para a empresa contratada.					
<b>10</b>	O mercado está preparado para a prática de integração e colaboração da cadeia de suprimentos junto ao mercado de fornecedores de insumos de saúde.					

### Atribua uma nota referente ao grau de importância das dimensões a seguir

Integração interfuncional	1	2	3	4	5
Orientação estratégica para o mercado	1	2	3	4	5
Sistemas de informação e monitoramento de performance	1	2	3	4	5

Planejamento conjunto e equitativo	1	2	3	4	5
Decisões de estrutura e governança	1	2	3	4	5
Gestão do relacionamento	1	2	3	4	5

Impressões destacadas pelo avaliador

## Anexo 2 – Lei 2224 –Classificação de Hospitais

### **Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no País, vinculadas ao Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde na área hospitalar, e que estas sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema;

Considerando as diferentes características destes hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras;

Considerando que somente a análise do conjunto destas características permitirá identificar as semelhanças para estabelecer uma classificação, visando sua inserção no Sistema Único de Saúde, definindo o grau de complexidade de sua gestão, o nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial;

Considerando que a classificação hospitalar se dará a partir do agrupamento dos hospitais com características semelhantes, sistematizando, desta forma, o conhecimento sobre grupos de hospitais e facilitando a adoção de políticas e de planejamento já citadas;

Considerando as sugestões apresentadas à Secretaria de Assistência à Saúde no processo promovido pela Consulta Pública SAS/MS n.º 03, de 14 de maio de 2002 – Anexo I, e

Considerando que uma classificação deva refletir fielmente a realidade de cada uma das instituições hospitalares e que esta realidade tenha relação direta com as informações cadastrais disponíveis sobre cada instituição, resolve:

Art. 1º Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A classificação cujo sistema é ora estabelecido será aplicada aos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

- a - Hospital de Porte I;
- b - Hospital de Porte II;
- c - Hospital de Porte III;
- d - Hospital de Porte IV.

Art. 2º Determinar que a classificação de cada hospital se dará segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada Porte.

Art. 3º Determinar que o enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria se dará respeitando o intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, conforme definido no Artigo 4º desta Portaria, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte Tabela de Pontuação:

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A N.º DE LEITOS.	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLEXIDADE	E URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	F GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚRGICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	

§ 1º A verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na Tabela de Pontuação definida no caput deste Artigo e sua respectiva pontuação serão realizadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, no momento da Classificação Hospitalar, por meio de

consulta ao Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela Portaria SAS/MS N.<sup>o</sup> 511, de 29 de dezembro de 2000, disponível no Departamento de Informática do SUS - DATASUS;

§ 2º A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a Tabela de Pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G”, em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado, segundo os intervalos de pontuação estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte;

§ 3º A avaliação e enquadramento dos hospitais, no momento da Classificação Hospitalar, em cada um dos “Itens de Avaliação” se dará de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

Leitos Cadastrados: Coluna “A”- será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, contratados ou não pelo SUS;

Leitos de UTI: Coluna “B” - será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;

Tipo de UTI: Coluna “C” - será considerado o cadastramento de UTI no Sistema Único de Saúde de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;

Alta Complexidade: Coluna “D” - será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados/contratados pelo SUS, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular (não serão computados Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marcapasso Permanente), tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes (considerar como 1 sistema o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

Urgência/Emergência: Coluna “E” - será considerada a existência (1) de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

Gestação de Alto Risco: Coluna “F” - será considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestação de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS Nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestação de Alto Risco, de acordo com

seus respectivos Níveis I e II;

**Salas Cirúrgicas:** Coluna "G" - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

Art. 4º Estabelecer que o total de pontos obtido, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido no Artigo 1º e em conformidade com o que segue:

Porte I - de 01 a 05 pontos

Porte II - de 06 a 12 pontos

Porte III - de 13 a 19 pontos

Porte IV - de 20 a 27 pontos

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde, utilizando-se dos dados do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponível no DATASUS e dos critérios estabelecidos nesta Portaria, classifique, em seus respectivos Portes, todos os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

§1º Aquelas instituições que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no Banco de Dados mencionado no caput deste Artigo não serão objetos da Classificação Hospitalares ora estabelecida, passando estas instituições a serem consideradas e denominadas pelo Ministério da Saúde como Unidades Mistas de Internação - UMI, sendo que a Secretaria de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas Unidades;

§ 2º Aquelas instituições que disponham de 05 a 19 leitos instalados e realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, tratamento da AIDS e serão enquadradas, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I;

§ 3º Aquelas instituições que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastradas em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadradas como Unidades de Hospital-Dia.

Art. 6º Definir que aquele hospital cujo enquadramento no respectivo Porte da Classificação Hospitalar realizada pelo Ministério da Saúde não coincidir com a efetiva realidade dos serviços deste hospital, poderá solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde sua reclassificação;

§ 1º Para solicitar reclassificação, o hospital deverá providenciar junto ao respectivo gestor do SUS, o preenchimento/atualização de sua Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde, conforme modelo aprovado pela Portaria SAS/MS n.º 511/2000, que deverá ser implantada no DATASUS, e enviar cópia desta Ficha, devidamente autorizada e assinada pelo respectivo gestor, à Secretaria de Assistência à Saúde, comprovando desta forma o enquadramento no Porte de classificação pretendido.

Art. 7º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI