Érica Aparecida Araújo

Estrutura organizacional e atividades logísticas: um estudo de caso em hospital universitário e de ensino público

Dissertação apresentada à Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de concentração: Processos e Gestão de Operações

Orientador: Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti

São Carlos
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica preparada pela Seção de Tratamento
da Informação do Serviço de Biblioteca – EESC/USP

A663l

Araújo, Érica Aparecida
Estrutura organizacional e atividades logísticas : um estudo de caso em hospital universitário e ensino de público / Érica Aparecida Araújo ; orientador Marcel Andreotti Musetti. -- São Carlos, 2010.

Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Área de Concentração em Processos e Gestão de Operações) -- Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2010.

1. Estrutura organizacional. 2. Logística integrada. 3. Organização hospitalar. I. Título.

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidato(a): Bacharel **ÉRICA APARECIDA ARAÚJO.**

Dissertação defendida e julgada em 05/08/2010 perante a Comissão Julgadora:

APROVADO

Prof. Dr. **MARCEL ANDREOTTI MUSETTI – (Orientador)**
(Escola de Engenharia de São Carlos/USP)

APROVADA

Prof. Associado **EDMUNDO ESCRIVÃO FILHO**
(Escola de Engenharia de São Carlos/USP)

APROVADA

Prof. Dr. **MÁRIO SACOMANO NETO**
(Universidade Metodista de Piracicaba)

Prof. Associado **AQUILES ELIE GUIMARÃES KALATZIS**
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

Prof. Titular **GERALDO ROBERTO MARTINS DA COSTA**
Presidente da Comissão da Pós-Graduação da EESC

É com eterna gratidão que dedico este trabalho à minha mãe Alzira, por ser uma guerreira nata, pela coragem, persistência, humildade, honestidade e tantos outros belos adjetivos que ficaria horas e horas descrevendo o ser iluminado que Deus me deu a bênção de ser filha. Mãe te amo!

AGRADECIMENTOS

À Deus por cada momento, pela força, saúde, motivação de realizar este trabalho e esperança, que tudo feito com amor e muita fé tende a acabar bem.

A minha mãe pela confiança, amizade, amor dedicado, incentivo e apoio as minhas escolhas, sonhos e decisões.

Aos meus irmãos Rogério, Adriana e Élida pela confiança, carinho, paciência, amizade, compreensão e por terem consentido e apoiado-me a buscar um sonho numa fase tão complicada e difícil que estávamos passando. Sabiam que mesmo estando longe sempre estaria com vocês, e sempre estarei! Obrigada! Amo vocês com toda a intensidade do meu coração!

Ao meu paciente orientador Prof. Marcel, pela atenção, amizade e dedicação a este trabalho.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Engenharia de Produção da EESC/USP, que direto ou indiretamente contribuíram com este trabalho e acresceram algum desenvolvimento pessoal ou intelectual.

Aos funcionários dos hospitais que contribuíram para realização deste estudo.

Ao grupo de estudo de logística hospitalar e aos amigos do laboratório de Processo e Gestão de Operações.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida.

Às “pessoas” que não acreditaram que seria possível chegar até aqui, indiretamente provocaram um estímulo para galgar em busca de um sonho que aparentava inatingível pelos vários obstáculos e dificuldades que surgiram durante o caminho, sendo mais fácil e conveniente segundo as mesmas desistir. Mas acredito e tenho fé, que somos capazes de conseguirmos “tudo” que quisermos, passe o tempo que passar, desde que tenhamos determinação e persistência. Acredito se Deus abriu ou fechou alguma porta tem um motivo, que devemos saber refletir e absorver os pontos positivos a nossas vidas.

Obrigada meu Deus, mais uma vez!

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando; a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Vamos fazer da interrupção um caminho novo!”

Fernando Sabino

“Algo só é impossível até que alguém duvide e acabe provando o contrário.”

Albert Einstein

RESUMO

ARAÚJO, E. A. (2010). Estrutura organizacional e atividades logísticas: um estudo de caso em hospital universitário e de ensino público. 189 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo – EESC/USP, São Carlos.

As organizações hospitalares assumem uma relevante posição no mercado devido sua função econômica, social e por promoverem à saúde as pessoas, além de possuírem complexidade ímpar na sua gestão e várias carências, tais como: um serviço com maior valor agregado, conhecimento sobre as especificidades de seus processos, controle de seus custos totais etc. A estrutura organizacional, uma das ferramentas fundamentais de gerenciamento que proporciona visão holística da instituição, e a gestão da logística de forma integrada, que possibilita maior eficiência dos recursos ou vantagem competitiva sustentável, ganharam destaque nas organizações empresariais por auxiliá-las adaptarem e enfrentarem suas carências e os desafios do mercado global. Nesse contexto, o estudo tem como objetivo principal caracterizar a estrutura organizacional de uma organização hospitalar e identificar o estágio organizacional da logística nesse ambiente, analisando as influências de uma em relação à outra. Para tanto, o trabalho utilizou uma abordagem qualitativa exploratória, com estratégia de pesquisa a focar na revisão de literatura seguida por estudo de caso em hospital universitário e de ensino público. A coleta de dados foi realizada por meio de análise de documentos da instituição e entrevistas semi-estruturadas, baseada nas propostas de sistemáticas desenvolvidas, com um membro de cada nível da hierarquia associado às atividades logísticas. Os resultados da pesquisa permitiram: a caracterização da estrutura organizacional do estudo de caso, que se apresentou funcional; a identificação do estágio organizacional da logística, na prática do dia-a-dia, encontrou-se na Fase Zero, no estágio de fragmentação, sendo que nos documentos da instituição, está na Fase I, no estágio de agregação funcional; além de analisar as barreiras e oportunidades do arranjo do hospital em questão, para ampliar sua visão na busca da integração das atividades logísticas, e considerando a possibilidade de ser um caminho para a organização hospitalar trilhar, para agregar valor aos serviços, obter maior eficiência dos recursos e melhor desempenho organizacional.

Palavras-chave: Estrutura organizacional; Logística integrada; Organização hospitalar.

ABSTRACT

ARAÚJO, E. A. (2010). Organizational structure and activities logisticses: a case study in academical and of public teaching hospital. 189 p. Dissertation (Master). Engineering School of São Carlos, University of São Paulo – EESC/USP, São Carlos.

The hospitals assume a relevant position in the market due its economical, social function and to promote the health the people, besides to possess odd complexity in the management and several lacks, such as: a service with larger adding value, knowledge on the specificities of its processes, control of its total costs etc. The organizational structure, one of the fundamental tools of managing, that it provides holistic vision of the institution, and the administration of the integrated logistics, that it provides larger efficiency of the resources or maintainable competitive advantage, won stand out in the business organizations for aiding them adapt and face their lacks and the challenges of the global market. In that context, the study has as main objective to characterize the organizational structure of an hospitalar organization and to identify the organizational stages of the logistic in that environment, analyzing the influences of one in relation to other. For so much, the work used an exploratory qualitative approach, with research strategy to focus in the revision literature following for case study in academical hospital and of public teaching. The data collection was accomplished through analysis of documents of the institution and semi-structured interview, based on the proposals of systematic developed, with a member of each level of the hierarchy associated to the activities logisticses. The results of the research allowed: the characterization of the organizational structure of the case study, that it came functional, the identification of the organizational stages of the logistics, in practice of the day by day, it was in the Phase Zero, in the fragmentation stage, and in the documents of the institution, it is in the Phase I, in the functional aggregation stage; besides analyzing the barriers and opportunities of the structure of the hospital in subject, to enlarge its vision in the search of the integration of the activities logisticses, and considering the possibility to be road for the hospitalar organization to tread, for adding value to the services, to obtain larger efficiency of the resources and better organizational performance.

Key-words: Organizational structures; Integrated logistics; Hospitalar organization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura organizacional tradicional fragmentada por funções relacionadas à logística 60
Figura 2: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas 61
Figura 3: Estágio 3 - agrupamento das atividades logísticas (estrutura matricial) 63
Figura 4: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas 64
Figura 5: Estrutura organizacional orientada para processos/equipes 67
Figura 6: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas 67
Figura 7: Evolução organizacional da logística 70
Figura 8: Atividades logísticas em uma cadeia de suprimentos 74
Figura 9: Atividades logísticas integradas 75
Figura 10: Pirâmide de atenção à saúde 85
Figura 11: Estrutura básica de uma organização hospitalar 94
Figura 12: Seis partes básicas de uma organização 95
Figura 13: Estrutura profissional 96
Figura 14: Exemplo de estrutura organizacional para um hospital universitário 97
Figura 15: Proposta de estrutura matricial para hospitais 100
Figura 16: Sistemática para orientar na caracterização da estrutura organizacional 114
Figura 17: Estágios e estruturas organizacionais da logística 120
Figura 18: Organograma do HUEP 128
Figura 19: Organograma com destaque para áreas que executam as atividades logísticas do HUEP 128
Figura 20: Estágios e estruturas organizacionais da logística do HUEP 141
Figura 21: Ligação das duas sistemáticas propostas 142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conceitos de estrutura organizacional 45
Quadro 2: Evolução organizacional da logística – Fase Zero 61
Quadro 3: Evolução organizacional da logística - Fase I 62
Quadro 4: Evolução organizacional da logística – Fase II 65
Quadro 5: Evolução organizacional da logística – Fase III 68
Quadro 6: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas 71
Quadro 7: Proposta de atividades logísticas hospitalares para o fluxo de materiais 117
Quadro 8: Informações gerais sobre HUEP 125
Quadro 9: Sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional 126
Quadro 10: Caracterização das atividades logísticas hospitalares do HUEP 133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Elementos para classificação dos hospitais 87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino

APM – Associação Paulista de Medicina

BEC – Bolsa Eletrônica de Compras

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEAPS – Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde

CIA – Centro de Informações e Análises

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CSCMP – Council of Supply Chain Management Professionals

CTI – Centro de Terapia Intensivo

DAF – Divisão de Assistência Farmacêutica

DATASUS – Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SUS

DRS – Divisão Regional de Saúde

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

GCS – Gestão da Cadeia de Suprimentos

HUEP – Hospital Universitário e de Ensino Público

IES – Instituição de Ensino Superior

OMC – Organização Mundial da Saúde

SISNEP – Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UGE – Unidades Gestoras Executivas

UMI – Unidades Mistas de Internação

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 Introdução **25**
1.1 Estrutura organizacional e logística integrada 28
1.2 Justificativa da pesquisa 31
1.3 Objetivos 32
1.3.1 Principal 32
1.3.2 Específicos 32
1.4 Estrutura do trabalho 32
2 Estrutura organizacional **35**
2.1 Organizações e burocracia 35
2.2 Características da estrutura organizacional 36
2.2.1 Elementos organizacionais 36
2.2.2 Componentes organizacionais 37
2.2.3 Fatores contingenciais 38
2.3 Conceito, vantagens e desvantagens da estrutura organizacional 45
2.4 Tipos de estruturas organizacionais 47
2.4.1 Estrutura funcional 48
2.4.2 Estrutura divisional 49
2.4.3 Estrutura matricial 50
2.4.4 Estrutura por processos e equipes 51
2.5 Estágios da estrutura organizacional 53
3 Logística **57**
3.1 Conceitos de logística 57
3.2 Evolução organizacional da logística 58
3.2.1 Fase Zero: antes da década de 60 59
3.2.2 Fase I: da década de 60 à 80 61
3.2.3 Fase II: da década de 90 aos dias atuais 64
3.2.4 Fase III: possíveis tendências 68
3.3 Atividades logísticas 72
3.4 Influências da estrutura organizacional na logística integrada 76
4 Organizações hospitalares **83**
4.1 Conceito, características e classificações 83

4.1.1 Hospital universitário e de ensino 89
4.2 Estrutura organizacional dos hospitais 92
4.2.1 Sugestões para estrutura organizacional e gestão dos hospitais 99
4.3 Logística nas organizações hospitalares 103
5 Método de pesquisa 109
5.1 Caracterização do método de pesquisa 109
5.2 Definição do estudo de caso da pesquisa 110
5.3 Técnicas de coleta de dados, informações e evidências da pesquisa 112
5.4 Abordagem dos dados e informações coletadas 113
5.4.1 Proposta de sistemática para caracterização da estrutura organizacional 113
5.4.2 Proposta de atividades logísticas hospitalares 116
5.4.3 Proposta de sistemática para identificação dos estágios organizacionais da logística 120
5.4.4 Tratamento e análises dos dados, informações e evidências coletadas 122
5.5 Ética na pesquisa 123
6 Estudo de caso 125
6.1 Dados e informações obtidas durante estudo do caso 125
6.2 Análise dos resultados 135
6.2.1 Análise da estrutura organizacional do HUEP 135
6.2.2 Análise do estágio organizacional da logística do HUEP 140
6.2.3 Influências da estrutura organizacional do HUEP para a logística integrada 142
7 Considerações finais 147
Referências 151
APÊNDICE A - E-mail de apresentação da pesquisa 167
APÊNDICE B - Caracterização da organização hospitalar e Protocolo de pesquisa 168
APÊNDICE C - Síntese das respostas das entrevistas 172
ANEXO A - Estatística do setor da saúde 177
ANEXO B - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos 178
ANEXO C - Declaração ao comitê de ética indicado pelo SISNEP 179
ANEXO D - Organogramas detalhado por área do HUEP 180

1 Introdução

"No início faça o imprescindível, depois o possível, e de repente estará fazendo o impossível."
São Francisco de Assis

Os hospitais, organizações prestadoras de serviço em saúde, são fundamentais à comunidade, com grande importância e participação na vida das pessoas. Tal constatação pode ser mensurada pelo grau de relações que mantêm desde o nascimento, durante a vida, por motivos de prevenções, cura de doenças ou males que afetam nas mais variadas formas, até a morte (LIMA GONÇALVES, 1998; MIRANDA et al., 2007), além de assumirem uma relevante posição no mercado devido à sua função econômica, social (SICSÚ et al., 2006), e possuírem uma grande parcela de responsabilidade nos custos e na qualidade de todo o sistema de saúde (PORTER; TEISBERG, 2006).

A gestão das organizações hospitalares possui caráter de complexidade ímpar e poucos processos industriais são tão complicados quanto os hospitalares, além de comportarem um alto risco inerente à atividade (LIMA GONÇALVES, 2002; PORTER; TEISBERG, 2007), lidam com uma população heterogênea, não apenas de pacientes, mas também de familiares, visitantes, vendedores e funcionários da instituição, abordando problemas físicos, psicológicos, morais, religiosos, comerciais, trabalhistas, judiciais, científicos, educativos entre outros. (LONDOÑO, 2003a).

Apesar de haver grandes investimentos nessas organizações em pesquisas, desenvolvimento em saúde, em todo o setor acadêmico de "ciências da vida" (SICSÚ et al., 2006), e considerado um espaço privilegiado de aplicação de tecnologias (particularmente, mas não só, as biotecnologias), a exigir crescente participação de profissionais de maior qualificação (cientistas e pesquisadores), e demandar maior capacitação e requalificação dos profissionais da área para lidar com os métodos de diagnóstico, tratamento, remédios, equipamentos eletrônicos inovadores, entre outros (CAMPOS; ALBUQUERQUE[1], 1999 *apud* SICSÚ, et al., 2006), possuem várias carências, principalmente no setor público, de:

- um serviço com maior valor agregado ao usuário, gestão administrativa racional e melhoria nos aspectos técnicos do serviço (PORTER; TEISBERG, 2006);

[1] CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. (1999). As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO, 6, Rio de Janeiro.

- conhecimento sobre as especificidades de seus processos, do planejamento e controle de seus custos totais (MIRANDA et al., 2007; VECINA NETO; MALIK, 2007);
- indicadores de desempenho, principalmente para os serviços administrativos da área de saúde, sendo difícil avaliar internamente os resultados obtidos. A prática de trabalhar com indicadores é pouco usual, os hospitais não aproveitam a oportunidade de *benchmarking*, de aprender com experiências de outras instituições, de trocar conhecimento e de buscar melhoria continua em seus processos (MALIK; TELES, 2001);
- uma infra-estrutura de suprimentos adequada, pois a falta de materiais e medicamentos é uma constante na atualidade dos hospitais (BARBUSCIA, 2009);
- maior qualidade dos serviços de saúde prestados, tanto no âmbito nacional quanto internacional (LIMA GONÇALVES, 2002; PORTER; TEISBERG, 2004; 2007; SZWARCWALD et al., 2005);
- controle social, transparência e compromisso com os resultados (EMANUEL; EMANUEL, 1996; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007);
- informações eficazes, incentivos, mecanismos adequados de financiamento, investimento no sistema de saúde, e de recursos, no seu mais amplo sentido, para vencer o que é uma verdadeira corrida pela modernização, em face das novas tecnologias, métodos, ferramentas e processos de trabalho (BARBUSCIA, 2009; MEDICI, 2001; PERROTA, 2008);
- uma política de saúde focada na resolução de problemas operacionais e assistenciais básicos (MEDEIROS, 2008);
- propostas de gestão administrativas para mudanças no sistema público hospitalar brasileiro, tendo grande necessidade de inovar, pois existem vários problemas de infra-estrutura como falta leitos, equipamentos, áreas físicas adequadas, recursos, cobertura suficiente e eficiente para os usuários (GONÇALVES, 2004);
- estudos sobre logística integrada e estrutura organizacional, percebido pela falta de trabalhos, pesquisas e outros materiais que abordem os assuntos. Fleury et al. (2000) e Oliveira (2005) destacam que estudos sobre a estrutura organizacional, principalmente da logística, são raros e que no Brasil há poucas publicações que

tratam do desenvolvimento da logística, há falta de informações de como as empresas brasileiras organizam seus processos logísticos.

Os gestores das organizações hospitalares têm buscar alternativas que extrapolem os limites dos modelos tradicionais de gestão; há necessidade de uma reforma administrativa quanto à forma de operacionalizar processos, de buscar parcerias, de agregar valor a serviços/produtos, de gerir relacionamentos, recursos e informações, de adequar a demanda dos usuários à nova realidade do ambiente, e de uma gerência profissionalizada com autonomia, agilidade na obtenção de informações e flexibilidade na tomada de decisão (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006; COHN; ELIAS, 2005; CONRAD; SHORTELL, 1996; PORTER; TEISBERG, 2007).

Langabeer II (2007) observa que, adquirir a sofisticação da gestão das operações e tecnologias inerentes a grandes organizações empresariais é ponto fundamental para as organizações de saúde minimizarem insatisfações, principalmente quanto a custos e qualidade, contudo são as áreas mais negligenciadas. As organizações hospitalares, normalmente, não possuem a nítida compreensão de que buscar a excelência das suas atividades, processos e gestão das operações podem encurtar ciclos, reduzir filas de espera, melhorar a produtividade do trabalho, o serviço prestado ao usuário e a saúde financeira da organização, entre outros benefícios.

Para Cecílio e Mendes (2004) existem motivações para novas propostas de modelo de gestão nos hospitais públicos e privados brasileiros. Nos públicos, a explicação pode ser considerada pelas dificuldades gerenciais próprias da administração pública, com seus complicados e burocratizados processos de provimento de todos os tipos de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital. Apesar dessas motivações, os autores reconhecem a inexistência e a necessidade de uma teoria de gestão unificada para as organizações de saúde. Pontes et al. (2008) acrescentam que os altos custos do setor, a forte regulamentação, a falta de uma gestão profissional e estruturada levam as organizações hospitalares a uma crise sem precedentes.

Santos (2006a) destaca que os hospitais são organizações hipercomplexas e muito impermeáveis a mudanças. Pasche (2009) salienta que mudar sua estrutura organizacional e modos de gestão para adaptar-se às exigências do mercado, não é tarefa fácil. As instituições de saúde necessitam de flexibilidade, adaptabilidade e responsabilidade em relação às necessidades dos clientes/usuários internos e externos (LIMA GONÇALVES et al., 2009).

De acordo Porter e Teisberg (2007), as informações mais necessárias, como por exemplo: cadastro de vários fornecedores para comparação, novas formas e métodos de gestão etc, para apoiar a competição baseada em valor agregado são, em sua maior parte, inexistentes ou suprimidas nas organizações de saúde. Além das estratégias, das estruturas organizacionais e das práticas operacionais, de muitos desses prestadores de serviços em saúde estarem desalinhadas com o valor ao cliente, ressaltam que manter-se a par e buscar as melhores práticas é compulsório; a excelência na gestão hospitalar depende de uma liderança iluminada e de um comprometimento fora do comum, em que algumas oportunidades de inovações residem em novos tipos de estratégias, arranjos organizacionais, instalações, processos e parcerias. Os autores acreditam que o problema se deve mais a fraquezas estruturais e de gerenciamento, do que a limitações tecnológicas. Barbuscia (2009) argumenta que uma das dificuldades da administração hospitalar, principalmente pública, é estar engessada por leis, mentalidade e cultura enraizadas no passado hierárquico.

Segundo Berwick et al. (1994), Camacho (1998) e Zanon (2000), em vários países existe mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, que utilizam métodos e ferramentas da gestão da qualidade com objetivo de melhorar a eficiência e gerenciamento dos serviços de saúde, reduzindo os desperdícios e os custos da não qualidade nos processos e operações, ainda não bem desenvolvidos ou suficientes. Há a necessidade de criar outros artifícios e ou unir métodos e técnicas de gestão, para auxiliar a administração hospitalar.

A próxima seção busca abordar estrutura organizacional e logística integrada como ferramenta e forma de gestão a ajudar na administração hospitalar.

1.1 Estrutura organizacional e logística integrada

As organizações, de um modo geral, em algum momento terão de se reorganizarem para enfrentar as constantes mudanças e os novos desafios do mercado global, caso contrário terão baixo desempenho ou mal sobreviverão (DAFT, 1999; MINTZBERG et al., 2006). Uma das respostas a esses desafios é buscar constante conhecimento, cultivar comprometimentos, desenvolver capabilidades de aprender em todos os níveis hierárquicos, conhecer as características da organização, tais como a qualidade de relações interna e externa, a divisão do trabalho, a tecnologia de controle, entre outros, com flexibilidade de adoção de novas abordagens de estruturas organizacionais (GALBRAITH, 1995a; LACOMBE; HEILBORN, 2003; UZZI; BARSNESS, 1998). A estrutura organizacional é uma adição importante ao conjunto de ferramentas de gestão administrativa de qualquer organização (WATERMAN et

al., 1980), e apresenta-se através de um organograma que pode vir a refletir parte da estratégia da empresa, além de englobar aspectos como: indicar as subordinações, abrangência de poder dos gerentes e supervisores; dividir o trabalho, distribuir tarefas, identificar o agrupamento de pessoas em áreas, número de departamentos e número de níveis da hierarquia; incluir projeto de sistemas para garantir comunicações eficazes, coordenação, controle e integração entre os departamentos (DAFT, 1999).

A gestão da logística, de forma a integrar suas atividades, também ganhou destaque em frente a esses desafios e necessidade de reestruturação das organizações. Segundo Bowersox e Closs (2009), a logística possui uma complexidade extraordinária, e as empresas de vanguarda descobriram que um sistema logístico bem planejado, integrado e operado de maneira adequada, com foco no cliente, pode ajudar a obter vantagem competitiva sustentável. Empresas líderes em logística ou que buscam um sistema logístico sofisticado apresentam desempenho acima da média em termos de disponibilidade de estoque, velocidade e consistência de entrega, e passam a ser vistas como fornecedores preferenciais e parceiros ideais. A logística tem o objetivo de tornar disponíveis os produtos ou serviços no local onde são necessários, no momento em que são desejados e ao menor custo possível, agregando valor ao sistema quando o estoque é corretamente posicionado para facilitar as vendas, ou no caso da organização hospitalar, facilitar e proporcionar o melhor atendimento ao usuário.

A gestão da logística inclui o planejamento e a administração de sistemas para coordenar e controlar os fluxos de materiais/informações, e para fortalecer a estratégia das unidades de negócios da organização (BOWERSOX; CLOSS, 2009). Uma empresa de um determinado segmento de mercado, considerada líder em logística, não possui necessariamente as melhores práticas logísticas, mas a melhor gestão e estruturação destas práticas se comparadas às de seus concorrentes (GRUPO DE ESTUDOS LOGÍSTICOS, 2005).

A logística é executada em algum grau por qualquer tipo de organização, a destacar-se em ambientes de manufatura como geradora de vantagem competitiva sustentável, proporcionando benefícios como: redução dos custos totais; aumento da qualidade; maior produtividade; melhor desempenho em termos de disponibilidade de estoque, agilidade e confiabilidade das entregas; facilidade de conquistar novos mercados e obter uma posição mais forte; maior coordenação, controle e otimização dos fluxos físicos e de informações desde o ponto de aquisição da matéria-prima até o ponto de consumo final, consequentemente

agregando maior valor aos produtos/serviços e gerando maior satisfação ao cliente (BALLOU, 1993; FLEURY et al., 2000; GOLDHAR; LEI, 1991; NOVAES, 2001).

Para obter os benefícios de um sistema logístico integrado, uma estrutura organizacional coerente à realidade da empresa pode ser determinante para influenciar positivamente sua gestão, além de permitir obter conhecimento e entendimento de toda a organização. Apesar de não existir uma estrutura organizacional universal de excelência, uma melhor do que a outra, ou uma melhor forma para estruturar uma organização, há uma estrutura organizacional mais adequada a cada realidade e que permite analisar e dar suporte a uma dada situação (LAWRENCE; LORSCH, 1973; MINTZBERG et al., 2006; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003)

De acordo com Galbraith e Lawler III (1995a), Nadler (1994), uma estrutura organizacional planejada e criativa, que organiza seus recursos básicos e seus processos/atividades de forma eficiente, no caso da logística integrada na participação de todos os fluxos físicos e de informações, fortalece a capacidade que a organização tem de enfrentar novos desafios, de aumentar a sua flexibilidade e agilidade, como uma fonte de força adaptativa às mudanças.

As organizações, de um modo geral, precisam entender três pontos-chave: primeiro, que a experiência e o conhecimento simultâneo com foco no valor agregado melhoram a qualidade e reduzem os custos; segundo, a inovação em todos os sentidos é crucial para progresso e não uma despesa a ser reprimida; e terceiro, as informações relevantes são essenciais para uma boa e ágil tomada de decisão (PORTER; TEISBERG, 2004). Assim, as estruturas organizacionais devem ser flexíveis, adaptativas e responsivas às necessidades dos clientes e dos requisitos do mercado, tendo em vista que as organizações também estão em contínuas mudanças (CRAVES et al., 1994).

Bowersox e Closs (2009) observam que, como a logística é realizada em maior ou menor grau em uma organização, é conveniente para favorecer vantagens, entender e desenvolver uma estrutura analítica integrada que defina e relacione os conceitos-chave e as atividades da logística. Assim, as pessoas da organização vinculadas ao trabalho de logística devem possuir entendimento básico do modo como as funções específicas se encaixam no todo, além de ser igualmente fundamental que os executivos envolvidos na logística vislumbrem como um desempenho logístico competitivamente superior pode tornar-se a base da estratégia da organização. É difícil para a concorrência copiar a combinação de ativos físicos e humanos para criar um sistema logístico eficiente em termos de qualidade, custos

totais e agregação de valor aos serviços/produtos, por ser um projeto desenvolvido a longo prazo, com comprometimento gerencial e financeiro considerável, treinamentos e troca de *know-how*. Salientam que empresas bem gerenciadas dedicam grande atenção ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento contínuo da logística integrada.

1.2 Justificativa da pesquisa

As organizações hospitalares são ambientes de intenso fluxo de materiais, de informações, de profissionais com alta qualificação e competências, e de usuários, aos quais adicionam ao sistema um valor inestimável, pois a vida humana, em sua perfeita saúde, é foco do serviço prestado. Assim, os hospitais são ricos ambientes para a aplicação da visão de logística integrada.

Nos hospitais, a logística tem início com a administração de suprimento de materiais e termina com o apoio total nas cirurgias e na recuperação do paciente. O ponto fundamental é que, qualquer que seja o tamanho e o tipo da organização, a logística é essencial e requer atenção contínua (BOWERSOX; CLOSS, 2009). A gestão integrada da logística nas organizações hospitalares revela-se ser fator primordial para a qualidade do serviço hospitalar global, por participar da relação de todo o material necessário ao corpo clínico ou indiretamente, criando um ambiente favorável ao tratamento adequado do paciente, a mobilizar qualidade aos cuidados hospitalares e fornecer serviços aos setores assistenciais (VECINA NETO; DROUIN, 1995).

Ao considerar a relevância das organizações hospitalares para a população, e tendo presente toda a problemática abordada ao seu envolto, justifica-se investir em estudos nas organizações hospitalares, para explorar e ampliar o conhecimento de métodos e ferramentas de gestão, que possam ajudar a elucidar pontos críticos ou barreiras, além de identificar oportunidades de melhoria, e assim minimizar ou eliminar algumas de suas carências. Sabendo-se, segundo Barbuscia (2009), que é necessário financiamento suficiente, mas quanto mais eficiente forem administrados os recursos disponibilizados, maiores serão os resultados obtidos e valor agregado aos usuários. Então, por que não apresentar a visão de logística integrada e estrutura organizacional, como forma de gestão e ferramenta a possibilitar conhecimento holístico da organização e das atividades logísticas, a proporcionar facilidade na visualização dos níveis hierárquicos, processos e fluxo de materiais entre outras informações, que possam auxiliar a coordenar, controlar, tomar decisões rápidas, e levar a uma melhor administração de recursos, a melhoria contínua da qualidade e agregação de valor aos serviços ou produtos?

Justifica-se também a importância de estudos empíricos em logística integrada e estrutura organizacional, pois ambos possuem carências, e como salientam Fleury et al. (2000), um dos grandes desafios gerenciais é encontrar formas de gerir e estruturar a organização que dêem agilidade, flexibilidade e qualidade ao processo decisório, indo além dos aspectos de hierarquia e poder, para desenvolver efetiva integração dos processos logísticos e alavancar a capacidade de respostas rápidas às exigências do mercado. Além disso, não se encontra na literatura estudos associando os temas de logística integrada, estrutura organizacional e organização hospitalar, o que evidencia o caráter original da pesquisa e a relevância em gerar e disseminar conhecimento sobre os assuntos. Nesse contexto surgem os objetivos do estudo, a serem abordados a seguir.

1.3 Objetivos

1.3.1 Principal

Caracterizar a estrutura organizacional de uma organização hospitalar e identificar o estágio organizacional da logística nesse ambiente, analisando as influências de uma em relação a outra.

1.3.2 Específicos

- Desenvolver uma sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional de uma organização hospitalar;
- Identificar as atividades logísticas hospitalares relativas ao fluxo de materiais da organização hospitalar;
- Desenvolver uma sistemática para nortear a identificação do estágio organizacional da logística, do fluxo de materiais de uma organização hospitalar.

Salienta-se que as atividades logísticas hospitalares a serem focadas no estudo referem-se ao fluxo de materiais, e consequentemente seu fluxo de informações. O fluxo de pessoas será desconsiderado dado o pouco material de literatura e pesquisa disponíveis, o pouco reconhecimento da importância da logística nesse setor, a intensidade dos fluxos e a complexidade deste tipo de organização.

1.4 Estrutura do trabalho

A disposição e a estruturação dos capítulos organizam-se da seguinte maneira:

- capítulo 1: introduz o leitor no contexto do trabalho, explana as carências das organizações hospitalares, a justificativa e os objetivos do estudo;
- capítulo 2: resgata brevemente o conceito de organização e burocracia, aborda as características da estrutura organizacional (elementos organizacionais, componentes organizacionais e os fatores contingenciais), os conceitos, suas vantagens e desvantagens, os tipos de estruturas organizacionais clássicas e contemporâneas, e finaliza-se com os estágios da estrutura organizacional;
- capítulo 3: trata dos conceitos de logística, sua evolução para melhor compreensão do desenvolvimento do arranjo organizacional, as atividades logísticas nítidas, para identificação do estágio em que se encontram. Remata-se com as observações de autores sobre a influência da estrutura organizacional na logística integrada;
- capítulo 4: apresenta as organizações hospitalares: conceito, características, classificações, alguns requisitos para credenciamento de hospital universitário e de ensino, e suas diferenças entre os demais hospitais; além de demonstrar a estrutura organizacional e a logística no ambiente hospitalar, e sugestões de autores da literatura para melhoria da gestão e do arranjo organizacional dos hospitais;
- capítulo 5: tem por finalidade expor os diversos aspectos relativos ao método e aos procedimentos da pesquisa, tais como: caracterização, seleção do caso, coleta, propostas de sistemáticas para caracterização da estrutura organizacional e identificação do estágio organizacional da logística; proposta de atividades logísticas para o fluxo de materiais dos hospitais; tratamento, forma de análise dos resultados do estudo de caso e as questões éticas utilizadas na pesquisa;
- capítulo 6: apresenta os resultados obtidos com estudo de caso. Tal estudo buscou aplicar as sistemáticas propostas para caracterização da estrutura organizacional e identificação do estágio organizacional da logística, analisar os resultados e as influências de uma em relação a outra.
- capítulo 7: são discutidas as considerações finais da pesquisa, suas contribuições, limitações e possibilidades de estudos futuros no ambiente hospitalar.

2 Estrutura organizacional

"A história nada é, se não for à atividade dos homens em busca de seus objetivos."
Karl Marx

O segundo capítulo resgata brevemente o conceito de organização e burocracia, aborda as características da estrutura organizacional (elementos organizacionais, componentes organizacionais e os fatores contingenciais), os conceitos, suas vantagens e desvantagens, os tipos de estruturas organizacionais clássicas e contemporâneas, e finaliza-se com os estágios da estrutura organizacional.

2.1 Organizações e burocracia

Organizações são entidades sociais compostas por pessoas que interagem entre si de forma racional para realizar funções que auxiliam alcançar objetivos; são projetadas como sistemas de atividades deliberadamente estruturadas e coordenadas, interligadas ao ambiente externo (DAFT, 1999). De acordo com Motta e Bresser Pereira (1983), a organização é um sistema social racional em que a divisão do trabalho é sistemática e coerentemente realizada, tendo em vista os fins visados, além de existir procura deliberada de economizar os meios para atingir os objetivos, que se administram segundo critério da eficiência, e as decisões são tomadas sempre tendo em vista o aumento da produtividade e dos resultados.

Para Max Weber, burocracia era um tipo de poder ou dominação, e não um tipo de sistema social (MOTTA; BRESSER PEREIRA, 1983). Weber formulou um "tipo ideal de burocracia", que reconheceu ser artifício metodológico e servir como parâmetro para a compreensão de tipos diferentes de relações e entidades sociais. Não se preocupou em conceituar burocracia, entretanto descreveu suas características: as atividades e objetivos são planejados racionalmente; a divisão do trabalho é explícita com posições e responsabilidades; há normas claras e escritas que governam comportamentos para qualquer posição e relações entre as mesmas; há diferentes posições hierárquicas com linhas de autoridade; as pessoas desempenham seus papéis designados de forma impessoal, sem transparecer emoções; as pessoas ocupam posições hierárquicas segundo competências técnicas; as posições hierárquicas não pertencem às pessoas que ocupam, mas a organização como um todo; e o emprego constitui uma carreira que os indivíduos crescem na hierarquia segundo méritos, competências e tempo de serviço (TURNER, 2000). Weber defendia que uma organização fundamentada na racionalidade instrumental seria mais eficiente e adaptável a mudanças,

porque está relacionado com uma lógica formal e posições, e não com a particularidade de uma pessoa (DAFT, 1999).

O breve resgate do conceito de organização e burocracia é para não deixar-se confundir com o conceito de estrutura organizacional, exposto na seção 2.3.

2.2 Características da estrutura organizacional

"A razão nos dá a consciência do risco e da incerteza; a intuição, o impulso e a energia necessários à ação."

Paulo R. Motta

2.2.1 Elementos organizacionais

Os elementos organizacionais que definem a estrutura organizacional são três: atividades, autoridade e comunicação. As atividades são distribuídas e especificadas pelos níveis hierárquicos da organização, assim como o direito de exercer a autoridade para estabelecer e para se fazer cumprir os objetivos organizacionais, além de desenvolver um sistema de comunicação para coordenação das partes com o todo (GUERRINI; ESCRIVÃO FILHO, 2008; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

No conceito de estrutura organizacional, de Daft (1999), os elementos organizacionais transparecem na definição: divide-se o trabalho que precisa ser realizado em atividades a cada membro, equipes e ou departamentos de forma racional; defini-se uma autoridade formal para um cargo ou grupos hierárquicos específicos, que têm o direito de exercerem influências sobre os membros da organização dentro de certos limites que competem sua posição, em outras palavras, têm o direito inerente de dar ordens e espera-se que elas sejam cumpridas; e há um sistema de comunicação que pode ser vertical, que consiste na comunicação para cima e para baixo na cadeia de comando da organização, ou horizontal que segue o padrão do fluxo de trabalho, ocorrendo entre os membros dos grupos de trabalho, entre um grupo de trabalho e outro, entre membros de diferentes departamentos, e entre a linha e o staff. Segundo Stoner e Freeman (1995), essa comunicação pode variar de grau, dependendo dos requisitos e natureza das atividades e tarefas realizadas, da interdependência das mesmas, do ambiente organizacional ser estável ou instável entre outras variáveis.

Os elementos organizacionais de definição da estrutura organizacional estão interligados e são reforçados pelos componentes organizacionais, como apresentado na próxima subseção.

2.2.2 Componentes organizacionais

Os componentes organizacionais: complexidade, centralização e formalização (CHOW et al.,1998; ROBBINS; COULTER, 1998; TSAI, 2002), são distintos de uma estrutura organizacional para outra devido à variação dos níveis de concentração e das inúmeras possibilidades de combinação dos mesmos (GUERRINI; ESCRIVÃO FILHO, 2008; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

O componente complexidade refere-se à quantidade de diferenciação ou especialização (atividades) em uma organização, como: complexidade horizontal são as subdivisões, distribuição de tarefas, departamentos ou cargos; complexidade vertical ou hierárquica são números de posições, níveis da hierarquia e estratificação; e dispersão espacial ou geográfica, que é a separação dos centros de poder, filiais ou tarefas (HALL, 2008; ROBBINS; COULTER, 1998).

A centralização refere-se ao grau de poder ou de autoridade para tomar decisões (ANDERSEN, 2002; HALL, 2008). Ocorre quando está concentrado em um ponto na organização, normalmente em níveis hierárquicos mais altos (MINTZBERG et al., 2006; MOLLENKOPF et al., 2000). As vantagens da centralização são: maior coordenação, controle e uniformidade; redução dos retrabalhos; visão do todo da organização; em emergências a alta administração pode mobilizar as informações e tomar as decisões de forma rápida. Em contrapartida geram também desvantagens, como: não permitir visualizar anomalias específicas dos departamentos; a avaliação de desempenho sempre depende de critérios estabelecidos pela hierarquia superior; o pessoal central ficam freqüentemente sobrecarregados; tende a inibir a iniciativa e desestimula a criatividade; as decisões são lentas e algumas são desvinculadas da realidade; criam-se frustrações e menor motivação entre os funcionários (HALL, 2008; MAXIMIANO, 1986; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

Quando há a descentralização ocorre uma menor concentração de poder decisório (autoridade) na alta administração, sendo distribuído pelos níveis hierárquicos e ou disperso entre as várias pessoas da organização, possibilitando autonomia nas decisões durante as atividades funcionais para que assim sejam responsabilizados pelos desempenhos. Possui como vantagens: aumento da produtividade e flexibilidade, por designar as pessoas maior responsabilidade, liberdade para aprender, criar e buscar soluções; a amplitude dos cargos cresce tornando mais motivador; propicia respostas e decisões mais rápidas; melhora a qualidade do serviço e reduz os custos, empurrando as responsabilidades de tomada de decisões mais próximos do usuário final; promove relações mais estreitas no trabalho entre os

fornecedores e clientes finais, a permitir oportunidades para gerenciar o custo total entre outros benefícios. Por outro lado, desencadeia desvantagens, como: falta de coordenação; dificuldades de controle e do tratamento uniforme das anomalias; leva à fragmentação e duplicação; os objetivos dos funcionários e ou áreas podem não ficarem alinhados com o objetivo global da organização; diminui as vantagens da especialização por formar espíritos auto-suficientes etc. (GALBRAITH; LAWLER III, 1995b; JOHNSON; LEENDERS, 2006; MAXIMIANO, 1986; MINTZBERG et al., 2006; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

A formalização refere-se à padronização dos processos de trabalho por imposição de instrumentos operacionais, normas, regras, políticas e procedimentos escritos, explicitados em manuais, regulamentos e organogramas que descreve o sistema de comunicação, controle, responsabilidades dos departamentos e cargos, influenciando no comportamento e pensamentos dos funcionários (HALL, 2008; MILLER, 1991; MINTZBERG, et al., 2006; ROBBINS; COULTER, 1998).

Kim (2007) observa que essas políticas padrão que governam o comportamento dentro da organização são prescritas independente dos atributos pessoais dos funcionários e das posições que ocupam na estrutura organizacional. Hall (2008) argumenta que no extremo a formalização pode tornar a organização rígida, inibir iniciativas, e ocasionar um ciclo vicioso, os funcionários seguem as regras porque devem ser obedecidas, e é o critério pelo qual são avaliados, tornando-se mais importante do que os objetivos organizacionais.

Em paralelo à formalização ocorre os relacionamentos não documentados, os informais e não reconhecidos oficialmente entre os membros de uma organização, são as redes de relações sociais e pessoais que não são estabelecidas na estrutura formal oriunda das necessidades e interação social espontânea entre os empregados (STONER; FREEMAN, 1995). Por exemplo, quando os funcionários de diferentes áreas encontram-se socialmente, eles trocam informações sobre assuntos da empresa sem formalização alguma; ou quando um subordinado influência na decisão do seu superior devido a sua habilidade no relacionamento pessoal (VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

2.2.3 Fatores contingenciais

Os fatores contingenciais são determinantes para a escolha de uma configuração de estrutura organizacional mais inteligente e coerente (HALL, 2008), como sabe-se a contingência significa que a prática administrativa é situacional, isto é, depende da situação; que não há uma melhor maneira de gerir e estruturar, como demonstra o princípio da

equifinalidade dos sistemas: existem mais de uma maneira de atingir os objetivos propostos e vários possíveis tipos de estruturas organizacionais, dependendo do tipo de ambiente, objetivo, estratégia ou problema a ser solucionado, sendo necessário haver um perfeito ajuste e equilíbrio para a eficácia da organização (JOHANNES, 1992; MOTTA; VASCONCELOS, 2005). Assim os fatores contingenciais abordados no estudo serão: objetivos, estratégias, ambiente organizacional, tecnologia, recursos humanos, histórico da organização, idade e tamanho, por influenciarem no desempenho da estrutura organizacional e da logística integrada (BOWERSOX et al., 2007; DAFT, 1999; GALBRAITH; LAWLER III, 1995a; NADLER; TUSHMAN, 1994; HALL, 2008).

Os objetivos da organização são divididos em principal, e específicos ou sub-objetivos. O objetivo principal: é a definição formalmente estabelecida do escopo e dos resultados que a organização deseja atingir, sua razão de ser, os desígnios premeditados que valem para a empresa como um todo, que proporcionam alinhamento operacional e alocação de recursos para apoiá-los (DAFT, 1999; RICHERS, 1994); refere-se à direção, situação e posições almejadas a serem conquistadas ao longo dos anos, antecipando às mudanças do ambiente organizacional, adaptando a empresa a estas (MOHRMAN, 1995), e estabelecendo o mercado alvo, clientes, e quando os resultados devem ser obtidos, mas não estabelecem como os resultados vão ser atingidos (MINTZBERG et al., 2006). Já os objetivos específicos são desenvolvidos para cada atividade fundamental, proporcionando orientação as decisões do dia-a-dia e as atividades internas dos departamentos, além de descreverem e mensurarem resultados específicos, muitas vezes previstos para curto prazo. O objetivo principal proporciona legitimidade para organização, enquanto os objetivos específicos proporcionam orientação aos empregados, diretrizes para decisões e critérios de desempenho (DAFT, 1999). Se os objetivos estão bem definidos e claros (competência da cúpula incorporar essa diretriz a organização e assegurar a divulgação em toda a empresa), então fica fácil as atividades serem geridas e coordenadas, porque sabe-se o que pretende atingir, o que espera de cada integrante e ou área que compõem a estrutura organizacional e os recursos a alocar (GALBRAITH, 1995b; MOHRMAN, 1995), caso contrário criam-se objetivos informais e conflitantes, afetando o desempenho organizacional. Toda a organização necessita definir objetivos e propósitos do negócio que vai operar, sem direção e foco fica difícil até mesmo ser eficiente nas operações, quanto mais atingir uma melhor gestão, práticas e agregar valor ao cliente (PORTER; TEISBERG, 2007). Motta (2004) também destaca que a definição clara dos

objetivos, por todos os níveis hierárquicos, resultaria em comportamentos coerentes com alcance eficiente dos resultados.

As estratégias indicam o como, os caminhos que orientam a ação dirigida ao futuro, às prioridades e critérios para direcionar a tomada de decisões, a ajudar na solução de conflitos, desenvolver características organizacionais internas que contribuam para o sucesso e alcance dos objetivos desejados, sendo um plano para interagir com o ambiente competitivo, planejar ações antecipadas e conseguir vantagens no mercado com atividades diferentes dos concorrentes. Além de distribuir recursos escassos em função das limitações, oportunidades e ameaças do ambiente inserida, determinar o nível de diversificação na carteira ou portfólio dos negócios que a empresa opera, considerando o tipo e grau de valor a agregar (DAFT, 1999; GALBRAITH, 1995b; MOHRMAN, 1995; NADLER; TUSHMAN, 1994).

Para Quinn (1980) a estratégia é uma diretriz ou um conjunto de diretrizes, que integra os principais objetivos, políticas e sequências de ação da organização em um todo coeso. Brown e Eisenhardt (1998) ressaltam que a estratégia é a criação e reinvenção do fluxo implacável das vantagens competitivas no seu extremo, tendo como ponto chave a habilidade de sobreviver, mudar e reinventar constantemente a empresa sobre o tempo e seus concorrentes. Slack, Chambers e Johnston (2007) argumentam que a estratégia pode ser definida como sendo o padrão global de decisões que posicionam a organização em seu ambiente e tem por finalidade fazê-la atingir seus objetivos. Já Porter (1996) define como a criação de uma posição de valor e única da organização frente aos concorrentes.

Waterman et al. (1980) salientam que a estrutura organizacional segue a estratégia, contudo a estratégia raramente sugestiona soluções estruturais originais. Há mais variáveis tão quão importantes a serem analisadas para moldá-la. Para Bowersox e Daugherty (1995), a relação entre a estratégia e a estrutura organizacional pode ser situacional, ou seja, dependendo da situação uma pode proceder ou acompanhar a outra. Stock, Greis e Kasarda (1998) observam que a estratégia e a estrutura devem ser consistentes e estarem em constantes equilíbrios, caso contrário uma afeta a outra, não permitindo o melhor desempenho da estrutura organizacional e nem realizar a estratégia traçada. Sabe-se que determinados projetos de estruturas organizacionais são melhores para executar determinadas estratégias do que outros, sendo necessário analisar com bastante acuidade ambos os conceitos e suas intenções. Se as estratégias são bem formuladas e planejadas focando na estrutura organizacional fica fácil as atividades serem geridas, controladas e coordenadas, porque sabe-se a ação a ser realizada e o caminho a ser perseguido por cada pessoa, área ou equipe

(GALBRAITH, 1995b; MOHRMAN, 1995), sem uma estratégia, a organização fica sem clareza para alcançar a verdadeira excelência de seus objetivos, gestão e de desempenho com foco na agregação de valor (PORTER; TEISBERG, 2007).

O ambiente organizacional são os vários elementos do contexto externo, as fronteiras que estão fora da organização, relacionadas à infra-estrutura sócio-político-econômica, valores institucionalizados, mercado, fornecedores, órgãos governamentais e reguladores, sindicatos, concorrentes, instituições financeiras, outras empresas de interesse especial e condições culturais. O ambiente organizacional pode influenciar total ou parcialmente o desempenho da empresa no modo pelo qual funciona, obtêm recursos, recebe oportunidades a serem exploradas, e pelas imposições de limitações, que vão desde as impostas pela escassez de capital ou tecnologia até a proibição pelos regulamentos governamentais. Essas influências geram incertezas para a organização, o que força os administradores estudarem, analisarem e planejarem constantemente o ambiente na tentativa de se antecipar as imprevisibilidades (DAFT, 1999; HALL, 2008; MINTZBERG et al., 2006; MOTTA; VASCONCELOS, 2005; NADLER; TUSHMAN, 1994; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

Mesmo as organizações sofrendo pressões e limitações do ambiente organizacional têm a possibilidade de fazer escolhas quanto a seus objetivos, ações e estratégias. As organizações precisam ser permeáveis ao ambiente organizacional e estarem atentas as alterações, pois é um ponto fundamental do processo de mudança e adaptação estratégica, num cenário instável e mutante (TEIXEIRA et al., 2009). Assim é essencial conhecer o ambiente que estão inseridas, pois quando são (Daft, 1999):

- simples e estável: a incerteza é baixa, a estrutura organizacional a destacar é a mecanicista, formal, centralizada, sem funções de integração, com orientação para operações correntes; há somente alguns elementos externos que tendem a permanecer os mesmos ou se modificam lentamente;
- complexo e estável: a incerteza é baixa a moderada, a estrutura mecanicista, formal e centralizada; há poucas funções de integração com algum planejamento; há um grande número de elementos externos a ser examinados, e estes não se modificam rapidamente;
- simples e instável: a incerteza é alta a moderada, a estrutura organizacional tende a orgânica com trabalho em equipe; descentralizada e participativa; poucas funções

de integração, com orientação para o planejamento; tem poucos elementos externos semelhantes, mas estes se modificam com freqüência e imprevisibilidade;

- complexo e instável: a incerteza é alta, a estrutura orgânica com trabalho em equipe; descentralizada e participativa; muitas funções de integração com planejamento extensivo; há grande número de elementos que não são semelhantes e modificam-se rapidamente de maneira imprevisível.

Segundo estudos realizados por Burns e Stalker em 1961, quando o ambiente organizacional for estável com pouca inovação tecnológica, demanda regular e previsível, a estrutura interna das organizações a promover melhor desempenho é mecanicista (exemplo: estrutura funcional), por ser: formalizada, ter cargos simples, rotineiros e padronizados; eficiência reforçada por regras e normas, com ênfase nos princípios da impessoalidade e nível hierárquico vertical; centralização do poder; e a preocupação com aperfeiçoamento dos meios são maiores do que com atingimento dos fins. Em ambientes organizacionais de mudanças rápidas com alta taxa de inovação e um mercado de forte concorrência, a melhor estrutura a se desenvolver é orgânica (exemplo: estrutura por processo/equipes): flexível e adaptável, com equipes inter-funcionais, que em geral, participam das decisões e necessitam de pouca supervisão direta, e de poucas regras formais; a confiança baseia na comunicação informal e nos relacionamentos *ad-hoc;* a ênfase na interação lateral e horizontal; há comprometimento pessoal e na responsabilidade da realização das metas; e aberta ao ambiente externo (DAFT, 1999; MOTTA; VASCONCELOS, 2005; ROBBINS, 2000; STONER; FREEMAN, 1995).

A tecnologia envolve muito mais que aspectos físicos usados na realização de processos administrativos e produtivos, envolve aspectos conceituais e abstratos (políticos, diretrizes, regulamentos entre outros), podendo ser sintetizado como um conjunto de conhecimento sobre o desempenho das atividades que levam a empresa aos seus objetivos, além de quando utilizada afeta de maneira vital os serviços/produtos e as estruturas administrativas: quanto a número de níveis hierárquicos, amplitude de controle, proporção de gerentes, supervisores etc. (CHIAVENATO, 2000; HALL, 2008; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003). Por exemplo: se a tecnologia utilizada pela organização for produção em massa, os cargos tendem a serem simplificados, pois as dificuldades desempenhadas por uma pessoa são reduzidas, as tarefas são repetitivas, os procedimentos formalizados e centralizados; se a tecnologia for mais avançada e complexa, os cargos recebem maior responsabilidade, com poucos procedimentos e padronização, por necessitar de maiores habilidades por parte das pessoas, quanto maior o desenvolvimento tecnológico mais as

tarefas são enriquecidas, os níveis hierárquicos tornam horizontais com trabalho em equipes e exigindo-se das pessoas maiores capabilidades (DAFT, 1999).

De acordo com Daft (1999) as tecnologias podem ser classificadas em: rotineiras, que são caracterizadas por pequena variedade de tarefas, atividades, processos (padronizados e formalizados), com a utilização de procedimentos objetivos, computacionais e são associadas a estruturas mecanicistas; não-rotineiras são as que possuem uma grande variedade de tarefas, atividades, processos, procedimentos computacionais, e os processos de conversão não são analisáveis ou bem compreendidos, utiliza-se de experiências e conhecimento técnico para solucionar problemas e executar o trabalho, são associadas a estruturas orgânicas; as duas tecnologias rotineiras e não-rotineiras podem ser combinadas para se ter uma dimensão mais concisa e adaptável ao ambiente organizacional.

Guerrini e Escrivão Filho (2008) caracterizam três tipos de tecnologia: tecnologia de produção refere-se ao processamento de materiais, os produtos tangíveis; tecnologia de serviço refere-se ao processamento de clientes, produtos intangíveis; e a tecnologia de informações trata-se do processamento de dados, recursos tecnológicos e computacionais para armazenar e gerar informações/conhecimento, estes recursos tecnológicos possuem os seguintes componentes: *hardware*, *software*, sistema de telecomunicações, gestão de dados e informação, que pode provocar três tipos de mudanças nas organizações: na estrutura organizacional, na natureza do trabalho gerencial e no desenho das funções.

Os recursos humanos são as pessoas que realizam as tarefas, atividades e processos para atingir os objetivos da empresa, sendo que o sucesso da estrutura organizacional depende da sintonia, das características de personalidade, habilidades, conhecimento, comportamento, percepções, capacidade técnica e intrínseca da equipe, e seus valores (CHIAVENATO, 2000; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003). Os recursos humanos são importantes condicionantes da estrutura organizacional, são à base de toda a organização. Assim a compatibilidade das características adequadas das pessoas com o arranjo organizacional é um pré-requisito para seu êxito (VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

Para Galbraith e Lawler III (1995b), a capabilidade dos recursos humanos de uma organização é vital para a configuração eficiente de novas formas organizacionais, e ao seu bom desempenho perante o mercado. Em qualquer organização é preciso haver um processo formal de desenvolvimento do conhecimento entre todos os funcionários (recursos humanos), sendo um processo sistemático em vez de aleatório, que permitirá de fato trocar *know-how*, aprender e possibilitar melhorias contínuas na gestão de toda estrutura organizacional. A

capacitação através de treinamentos apropriados e ou a busca de indivíduos com uma bagagem de conhecimento com foco no negócio (recrutar novos talentos) são fundamentais para agregar valor aos serviços/produtos, sem essa geração de conhecimento fica difícil estruturar e obter um bom gerenciamento (PORTER; TEISBERG, 2007). Percebe, se os recursos humanos estiverem alinhados a estrutura organizacional (habilidades necessárias, capacidade de adaptação, conhecimento etc.), então há maior possibilidade de melhores resultados da organização, caso contrário terá dificuldades em fazer com que isso ocorra.

Histórico da organização, idade e tamanho: é importante conhecer a história da organização, suas fases e acontecimentos do passado, suas decisões estratégicas anteriores, a cultura dos fundadores, o comportamento dos líderes, a natureza das crises passadas e as reações, as experiências, a evolução dos valores e normas básicas, pois há evidências que esses influenciam o funcionamento e a gestão no presente da empresa (NADLER; TUSHMAN, 1994). Existem muitas pistas que podem estar dentro da própria história da organização e de seus estágios de evolução, levando ao sucesso e ao bom desempenho futuro (GREINER, 1998). Birkinshaw et al. (2002) complementam que as características da base de experiência e conhecimento (explícito e tácito) de uma organização têm influência importante na escolha da estrutura organizacional.

Normalmente quanto mais velha e maior uma organização, mais formalizado é seu comportamento e mais elaborada é a sua estrutura organizacional (MINTZBERG et al., 2006). O tamanho refere-se à capacidade física da organização, o pessoal e insumos disponíveis, os recursos para investimento sob a forma de riqueza ou ativos líquidos, e os resultados organizacionais, podendo estar intercorrelacionados (HALL, 2008). Esses influenciam na configuração da estrutura organizacional, pois quando maiores as empresas possuem dimensões da estrutura burocrática em nível mais alto, quanto à formalização, complexidade, número de níveis hierárquicos, proporções de pessoal, o sistema de controle entre outros. Tendo como vantagens e oportunidades colher benefícios, quanto ao poder de compra e venda, penetração em novos mercados, flexibilidade das atividades logísticas, e por sua maior heterogeneidade de produtos/serviços. Mas, quando as organizações são pequenas possuem maior enfoque, flexibilidade e agilidade de respostas, além de possibilitar criar um estilo personalizado ao cliente. Então, o desafio das organizações são serem grandes e pequenas ao mesmo tempo, de modo que possam ser grandes (formar uma *joint venture*, alianças, uma organização em rede, participações minoritárias e consórcios) quando isso é vantajoso, e pequenas quando o caso for inverso (DAFT, 1999; GALBRAITH; LAWLER III, 1995a).

Essa capacidade de adaptação de tamanho e flexibilidade da criação organizacional para negociar e manter relacionamentos mundiais se torna possível principalmente com a ajuda da tecnologia, sendo mais um ponto determinante para muito do que ocorre nas organizações e em torno delas (CHILD, 1972; UZZI; BARSNESS, 1998).

Observa-se que os seis fatores contingenciais demonstrados influenciam na análise da estrutura organizacional e são relevantes na determinação dos níveis de concentração dos componentes organizacionais. Esses fatores contingenciais, segundo Daft (1999), Mintzberg et al. (2006) e Nadler (1994), podem-se influenciarem mutuamente e serem considerados cada um como desafios à criação de organizações eficientes, sendo necessário administrá-los para que interajam entre si de forma holística e harmoniosa, para um efetivo desempenho organizacional.

2.3 Conceito, vantagens e desvantagens da estrutura organizacional

Drucker (1981) argumenta que além da estrutura organizacional ser uma forte aliada a gestão administrativa, pode ser considerada como um meio a facilitar as organizações atingirem ao sucesso, em outras palavras, obter um bom desempenho organizacional e a agregação de valor ao cliente. No Quadro 1 expõem-se conceitos de estrutura organizacional sob a ótica de alguns autores.

Autores	Conceitos de estrutura organizacional
Daft (1999)	Os três principais componentes da diferenciação da estrutura organizacional de uma organização são: níveis de autoridade, agrupamento de pessoas em departamentos e sistemas de comunicação.
Galbraith (1977)	O *design* organizacional é a busca da coerência entre os elementos relacionados: ao processo decisório para trazer uma consistência entre propósito e objetivos para os quais a organização existe; a estrutura da divisão de trabalho em sub-tarefas; sua coordenação e a gestão das pessoas que farão o trabalho. Para isso a empresa defini o seu domínio (mercado alvo, produto, tecnologias a serem utilizadas e localização), bem como seus objetivos, depois decompõem os objetivos em tarefas executáveis pelos indivíduos, seleciona as pessoas e elabora uma política de remuneração.
Ghoshal et al. (1994)	A maneira mais simples de conceituar estrutura organizacional é através do grau de diferenciação que há entre as organizações na dimensão da centralização e descentralização.
Hall (2008)	Estrutura organizacional implica: na divisão do trabalho atribuindo-se às pessoas tarefas ou cargos dentro da organização; conter níveis ou uma hierarquia, com normas e regulamentos, que especifiquem em grau variado, como as pessoas devem comportarem nas posições que ocupam; e a importância das interações humanas na formação da estrutura, apesar das estruturas moldarem a atuação das pessoas.
Mintzberg (1995) Mintzberg et al. (2006)	A estrutura organizacional pode ser definida como o total de maneiras em que o trabalho é dividido em tarefas distintas, e agrupado para ser desempenhado. Depois coordenado e controlado para atingir os objetivos organizacionais.

Quadro 1: Conceitos de estrutura organizacional
Fonte: Elaborado pela autora

continuação

Autores	Conceitos de estrutura organizacional
Nadler et al. (1994)	O projeto da organização é visto como uma série de decisões definidas com rigor, relativas à estrutura básica da empresa (os sistemas, processos pelos quais o trabalho é feito – *modus operandi*). Os autores ao analisar os limites da expressão adotaram "arquitetura organizacional", para referir a um conjunto mais amplo de decisões que os administradores tomam sobre as organizações: a configuração, a dinâmica e a estética da maneira pela qual os vários elementos se combinam para criar produtividade. A intenção é estimular uma abordagem holística de adequação, que pode refletir em um processo de "nova construção" ou uma "reforma" organizacional desenvolvida através de um complexo processo de interação humana.
Parthasarthy; Sethi (1992)	O conceito de estrutura organizacional é muito fácil, envolve decisões em relação à divisão de tarefas, autoridade e um conjunto de mecanismos de coordenação.
Stoner; Freeman (1995)	Estrutura organizacional refere-se ao modo como as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas.
Vasconcellos; Hemsley (2003)	A estrutura organizacional é conceituada como o resultado de um processo através do qual a autoridade e as atividades são distribuídas desde os níveis mais baixos até a alta administração. Delineia-se um sistema de comunicação que permite as pessoas realizar as atividades especificadas e exercer a autoridade que lhes competem para atingir aos objetivos organizacionais.
Waterman et al. (1980)	Estrutura organizacional, no seu uso mais trivial, é uma lista de verificação que permite conhecer o sistema da instituição, compreender como opera, e ou projetar uma mudança detalhada e programada, além de ser uma forma sábia de análise das variáveis da organização para estruturar ou reestruturar suas atividades, autoridade e comunicação, forçando-as a concentrar-se nas interações e ajustes com o ambiente organizacional interno e externo.

Após analisar o Quadro 1, o conceito de estrutura organizacional que seguirá no desenrolar do trabalho será o de Daft (1999), dado a forma simples e clara de definição.

O estudo das estruturas organizacionais objetiva alcançar o maior grau de eficiência da forma pela qual a organização é administrada, de como engendrar a carga de trabalho e a maneira que gere o mínimo de dispêndio. Pode proporcionar vantagens, tais como: ser um elemento facilitador do processo administrativo; evitar a consolidação de improvisações; identificar as tarefas necessárias e não necessárias; os tempos ociosos; a duplicação de esforços ou omissões; os conflitos potenciais; a estruturar as funções, responsabilidades e o fluxo de comunicação de forma coerente; a fornecer informações relevantes, recursos e *feedback*; a propiciar a otimização de processos e medidas de desempenhos compatíveis com os objetivos; e servir de análise para condições motivadoras aos funcionários (CHANDLER, 1962; GIBSON et al., 1981; GUERRINI; ESCRIVÃO FILHO, 2008; STONER; FREEMAN, 1995). Mas, ao mesmo tempo em que pode proporcionar benefícios, uma estrutura inadequada tomada ao impulso gera alicerces defeituosos, podendo levar ao fracasso ou ter partes desenvolvidas e outras não, a prejudicar o desempenho global da organização e o êxito de uma boa gestão administrativa (NADLER et al., 1994). Além de uma estrutura organizacional rígida demais gerar desvantagens, como: a divisão do trabalho pode desenvolver nos funcionários visão de objetivos e responsabilidades específicas as suas áreas, perdendo o foco

do objetivo global da organização, contendo a criatividade e o conhecimento; pode gerar frustrações e desestímulos a alguns funcionários pela divisão de autoridade e controle vir do topo (STONER; FREEMAN, 1995). Quando extremamente flexível, prejudica: a coordenação e o controle, os objetivos dos funcionários podem não ficarem alinhados com o objetivo da organização, gerando objetivos informais e conflitantes, entre outros (GALBRAITH; LAWLER III, 1995b; VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2003).

Hall (2008), Robbins e Coulter (1998) salientam que a estrutura organizacional atende três funções básicas: primeiro, realizar produtos/serviços e atingir objetivos organizacionais de forma eficaz; segundo, minimizar ou pelo menos regulamentar a influência das variações individuais sobre a empresa, assegurando que os indivíduos se adaptem às exigências das organizações; e terceiro, as estruturas são os cenários, para determinar as posições em que o poder é exercido e sobre quais funções, o fluxo de informações para as tomadas de decisões e o espaço para as ações organizacionais.

2.4 Tipos de estruturas organizacionais

"Se o seu planejamento é para um ano, cultive arroz. Se estiver planejando para 20 anos, cultive árvores. Se o planejamento for para séculos, cultive pessoas."

Provérbio Chinês

As estruturas organizacionais contemporâneas desafiam as estruturas clássicas para atingir a eficiência e a eficácia na organização, mas as concepções dos princípios fundamentais continuam os mesmos. A organização continua a exigir alguma concepção formal para configurar sua estrutura organizacional (BURTON et al., 2006), assim será apresentado os conceitos, os pontos fortes e fracos das estruturas clássicas tidas como fundamentais na literatura de estrutura organizacional: funcional, divisional e matricial (STONER; FREEMAN, 1995); e a estrutura organizacional contemporânea que vem se destacando dentro das organizações: a por processos e equipes (BOWERSOX; CLOSS, 2009; GERSTEIN; SHAW, 1994; HERBER; SINGH; USEEM[2], 2000 *apud* Mintzberg, et al., 2006).

Segundo Mintzberg et al. (2006), vale destacar que as estruturas organizacionais são uma abstração da realidade, uma simplificação, no qual nenhuma organização real é sempre exatamente igual às abordadas, embora algumas cheguem bem próximas, outras parecem refletir combinações de várias, e algumas vezes em transição de uma para outra.

[2] HERBER, J.; SINGH, J. V.; USEEM, M. (2000). The design of new organization forms. In: DAY, G. S. et al. Wharton on managing emerging technologies. New York: Hardcover. Cap. 17, p. 376-392.

Herber, Singh e Useem[3] (2000 *apud* Mintzberg, et al., 2006) salientam que diferentes configurações de estruturas organizacionais podem levar ao mesmo fim, não havendo uma melhor forma de organizar, todas possuem vantagens e desvantagens, e poucas organizações dependem exclusivamente de um tipo, podendo adaptar e combinar várias delas para melhorar o desempenho organizacional e gerar vantagens competitivas. Embora não exista uma melhor forma de estruturar, há certas formas que são mais adequadas do que as outras, resta observá-las, analisá-las e identificá-las, para criar novas formas estruturais, misturas e capturar novas capabilidades vistas como fundamentais para o ambiente organizacional da empresa.

2.4.1 Estrutura funcional

A estrutura funcional é o agrupamento de atividades e processos ou cargos em departamentos, baseados na similaridade das habilidades, especialidades requeridas e dos recursos utilizados, do nível mais baixo até o mais alto da organização (DAFT, 1999). Tende a ser mais eficaz em ambientes estáveis com baixa incerteza (simples+estável), a tecnologia é rotineira, com baixa interdependência e integração; há pequena coordenação horizontal e planejamento na base de custos, como orçamento e relatórios estatísticos. Utilizada principalmente, mas não só, por empresas pequenas e médias que oferecem uma linha limitada de produtos, metas focadas na eficiência interna e qualidade técnica especializada, autoridade formal centralizada em gerentes funcionais (CERTO, 2003; DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995).

Possui como pontos fortes: mais eficiência no uso de recursos especializados e economia de escala dentro dos departamentos funcionais; possibilita o desenvolvimento de habilidades específicas; alcance das metas funcionais; fácil supervisão e coordenação em virtude de serem atividades similares; fácil mobilizar capacidades especializadas e utilizá-las onde são mais necessárias. Em contrapartida possui como pontos fracos: respostas e decisões lentas as modificações do ambiente; pode haver sobrecarga na direção; os membros de cada departamento podem sentir-se isolados ou superiores com relação a quem estão em outros departamentos; leva à má coordenação horizontal entre os departamentos; cria-se barreiras interfuncional; problemas gerenciais de identificação com precisão da responsabilidade por problemas comuns entre os departamentos; resulta em menos inovações; visão estreita dos objetivos organizacionais, restrita aos objetivos operacionais do departamento (DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995).

[3] HERBER, J.; SINGH, J. V.; USEEM, M. (2000). The design of new organization forms. In: DAY, G. S. et al. Wharton on managing emerging technologies. New York: Hardcover. Cap. 17, p. 376-392.

A estrutura funcional tende sempre existir, talvez com formas modificadas com redução dos níveis hierárquicos e uso de menos especialidades funcionais, para equilibrar as cargas de trabalhos variáveis, transferir as melhores práticas, abrigar especialistas de fato, adquirir muitas das funções de capacitação dos recursos humanos e planejar suas políticas (GALBRAITH, 1995a). Pode ser utilizada em qualquer tipo de organização (industrial, comerciais, hospital, hotel etc.), sendo necessário adaptar as funções às atividades e aos objetivos organizacionais (GUERRINI; ESCRIVÃO FILHO, 2008).

2.4.2 Estrutura divisional

Estrutura divisional são os agrupamentos que se baseiam nos produtos organizacionais, como: por produtos (agrupa funções e atividades especializadas num único ou grupo de produto ou serviço); por clientes (agrupa funções e atividades desempenhadas aos mesmos clientes); por área geográfica (agrupa funções e atividades realizadas na mesma localidade ou região); e por projetos ou centros de lucro (DAFT, 1999; ROBBINS; COULTER, 1998). Em outras palavras é a organização de uma empresa em divisões, nas quais se reúnem pessoas com diferentes habilidades para trabalhar com um determinado tipo de produto/serviço ou mercado (STONER; FREEMAN, 1995).

Essa estrutura tende a ser favorável em ambientes organizacionais de incerteza moderada a alta (simples + instável), com tecnologia relativamente não-rotineira, alta interdependência entre os departamentos; planejamento com base nos centros de lucros como custo e receitas. Utilizada em empresas de porte grande, com metas para a eficácia externa, adaptação e satisfação do cliente; coordenação horizontal e vertical; desenvolvem divisões como unidades pequenas, flexíveis e ágeis; e autoridade formal descentralizada para os gerentes de divisão (DAFT, 1999; ROBBINS; COULTER, 1998).

Os pontos fortes são: adequações rápidas às mudanças em ambiente instável; velocidade nas respostas e na tomada de decisões por serem tomadas no nível divisional, mais perto do local de ação; cria satisfação no cliente porque a responsabilidade sobre os produtos e os pontos de contato são claros; permite grande coordenação entre as funções e um alto nível de desempenho; diminui a carga sobre a administração central (matriz); permite que as unidades se adaptem às diferenças e necessidades em produtos, regiões e clientes; o desempenho se torna mais visível por ser por divisões, podendo ser medido em função dos lucros ou prejuízos (DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995).

Os pontos fracos da estrutura divisional são: perda da economia de escala; duplicação de recursos, consequentemente aumento nos custos da matriz; resulta em uma fraca coordenação entre as divisões; elimina a competência e a especialização técnica mais abrangente; dificulta a integração e a padronização entre as linhas de produtos; os interesses da divisão podem ser colocados acima dos objetivos da matriz (toda organização); fraco controle da matriz sobre as divisões em virtude de serem semi-autônomas (DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995).

2.4.3 Estrutura matricial

A estrutura matricial visa concentrar resultados múltiplos, combinar benefícios e evitar desvantagens, por meio da implementação simultânea das estruturas funcionais (vertical) e das divisões de produtos ou projetos (horizontal). Em vez de dividir a organização em partes separadas, os gerentes funcionais e os gerentes de produtos têm igual autoridade dentro da organização, e os funcionários são subordinados a ambos (DAFT, 1999; ROBBINS; COULTER, 1998; STONER; FREEMAN, 1995).

O ambiente organizacional favorável para esta estrutura é de alta incerteza (complexo + instável), com tecnologia não-rotineira; muitas interdependências, planejamento em sistemas duplos por função e por linha de produto. Utilizadas por empresas de médio a grande porte; metas dupla – inovação de produtos e especialização técnica; autoridade formal, conjunta entre chefes funcionais e de produto (DAFT, 1999).

Os pontos fortes da estrutura matricial são: permitir a coordenação necessária para atender a dupla demanda do ambiente; compartilhamento flexível de recursos humanos entre os produtos; os grupos superam preconceitos mútuos que possuíam em relação as suas tarefas (funcional e produto); adequada para solucionar e tomar decisões complexas; proporciona oportunidades para o desenvolvimento de habilidades especificas (funcionais) e gerais (produto/projeto); evita-se duplicação desnecessária de recursos; possibilita flexibilidade para mudanças frequentes em razão de ambientes instáveis (DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995). Os pontos fracos: resulta em dupla autoridade, o que pode ser frustrante e confuso; necessita de treinamento intensivo para adquirir habilidades para lidar com as pessoas e com o duplo comando; nem todas as pessoas se adaptam bem ao sistema matricial; gera conflito devido às metas funcionais e divisionais; consome tempo em frequentes reuniões e sessões de solução de conflitos; existe pressão dupla no ambiente para manter o equilíbrio de poder etc. (DAFT, 1999; ROBBINS; COULTER, 1998; STONER; FREEMAN, 1995).

2.4.4 Estrutura por processos e equipes

O conceito de processos de uma organização pode ser sintetizado como qualquer atividade ou conjunto de atividades, associadas às informações, que toma um *input* (bens tangíveis ou intangíveis), utilizando os recursos (pessoas, equipamentos, materiais etc.) e a estruturação da empresa, realizadas numa sequência lógica (procedimentos), que agrega valor e fornece um *output*, um resultado (produto e ou serviço) a um cliente ou grupo de clientes específicos (internos ou externos) (CRUZ, 2004; DAVENPORT; SHORT, 1990; GONÇALVES, 2000a; HAMMER; CHAMPY, 1994; HARRINGTON, 1991; ROZENFELD, 2001).

De maneira simplificada os processos de negócios representam uma nova abordagem a coordenação e controle do fluxo de atividades, de diferentes áreas funcionais ou mesmo de diferentes empresas, uma análise do método de trabalho, da forma pela qual e como as coisas são feitas e produzidas na organização, que geram algo de valor para seus clientes (DE SORDI, 2005; LIPNACK; STAMPS, 1997; LOWENTHAL, 1994; MALHORTA, 1998). Assim a estrutura por processos é criada em torno do fluxo de trabalho ou de processo em vez de funções departamentais, e a operacionalização dos processos tem como foco principal a formação de equipes, para explorar seus potenciais intelectuais, compartilhar *know-how*, obter soluções rápidas e buscar novas oportunidades. A hierarquia vertical é mínima, permanecendo apenas alguns executivos seniores em funções tradicionais de apoio (DAFT, 1999; GUERRINI; ESCRIVÃO FILHO, 2008).

De acordo com Drucker (1999), uma organização precisa ser gerenciada, ter pessoas que tomem decisões, nessa estrutura não significa comandar ou gerenciar rigidamente, mas sim inspirar, ter pessoas responsáveis pelo objetivo da organização, pelo desempenho e resultados, caso contrário nada será feito. Apesar das equipes serem multidisciplinares e autodirigidas, nas quais cada membro deve atuar como tomador responsável de decisões, não se recomenda uma estruturação pura por processos, em um dado momento precisa-se encaixar com alguma estrutura (sobrepor) e definir os papéis (DAVENPORT, 1994). Os processos básicos serão projetados e reprojetados para formar uma equipe a apoiar um ponto de vista mais horizontal e menos hierárquico da organização (MOHRMAN, 1995). As equipes podem ser de quatro configurações (COHEN, 1995): equipes em redes são estruturas informais, orientadas para colaboração das tarefas, e são temporárias; equipes paralelas complementam a estrutura formal e são temporárias; equipes de projeto são sobrepostas à estrutura funcional ou

integradas no projeto organizacional, e são temporárias, porém com vida mais longa; e equipes de trabalho, integradas à estrutura formal e são permanentes.

Na medida em que as organizações passam a utilizar de sofisticados sistemas de tecnologia da comunicação e informação para comprar e vender produtos/serviços, elas estão se transformando em "equipes virtuais", que possibilita maior flexibilidade, dinamismo, e estarem dispersas pelo mundo, mas unidas pela tecnologia da informação e integradas por um gerente de projeto que também não está junto aos membros da equipe (MOHRMAN, 1995; DRUCKER, 1999).

As "equipes virtuais" são praticamente sem fronteiras, com tarefas executadas, fornecedores acessados, produtos entregues em vários locais físicos dispersos geograficamente, sem obrigações e inflexibilidade de possuir a cadeia de suprimentos. O escritório central pode não ser muito mais do que um computador na casa do principal executivo, com conexão a internet, deixando de controlar processos e passando a resultados, a delegar responsabilidades, interligados pelas informações distribuídas, metas compartilhadas, protocolos acordados, e podendo ser relacionamentos de trabalho temporários (HERBER; SINGH; USEEM[4], 2000 *apud* MINTZBERG et al., 2006; MOHRMAN, 1995).

O ambiente organizacional instável, complexo, de alta tecnologia e com mudanças rápidas são propícios a estas estruturas organizacionais. Os pontos fortes são: as estruturas por processos geram maior eficiência na obtenção do seu produto/serviço; melhor adaptação às mudanças e integração de seus esforços; maior capacidade de aprendizado entre os membros da equipe por integrar conhecimento e habilidades; reduções de custo, tempo e soluções para problemas não visualizados (GONÇALVES, 2000b); as equipes estabelecem metas maiores do que a gerência faria; reduz barreiras entre departamentos; proporciona resposta e decisões rápidas e eficientes; aumenta o moral e entusiasmo dos funcionários com o envolvimento e participação em outros assuntos; reduz sobrecarga administrativa distribuída na equipe (DAFT, 1999). Quando as equipes passam a virtuais a tecnologia minimiza comprometimento com ativos; proporciona maior flexibilidade e dinamismo; custos mais baixos dos mecanismo de operações e estruturação; o crescimento tende a ser mais rápido; conexões em tempo real com clientes e fornecedores, que fornecem detalhes, permitem reduzir estoques, aumentar a velocidade e melhorar a logística; o compartilhamento de informações com fornecedores

[4] HERBER, J.; SINGH, J. V.; USEEM, M. (2000). The design of new organization forms. *In*: DAY, G. S. et al. Wharton on managing emerging technologies. New York: Hardcover. Cap. 17, p. 376-392.

tende a aumentar o incentivo deles para colaborar (HERBER; SINGH; USEEM[5], 2000 *apud* MINTZBERG et al., 2006).

Os pontos fracos são: processo longo e caro por exigir mudanças na filosofia de trabalho, nos sistemas de informação e premiação; gastos com treinamentos para orientar os funcionários e gerentes a trabalhar de modo eficaz num ambiente de equipes; longo tempo gasto em reuniões para resolver conflitos, coordenar e alcançar decisões consensuais; pode resultar em visão reduzida à equipe e perda de visão da empresa (DAFT, 1999; ROBBINS; COULTER, 1998). Quando passa a equipes virtuais corre o risco dos fornecedores e ou outras empresa levar *know-how* embora; estabelecer certa relação de autoridade e controle sem bloquear a criatividade dos colaboradores se tornam um desafio (HERBER; SINGH; USEEM[6], 2000 *apud* MINTZBERG et al., 2006).

Para chegar a esses tipos de estruturas organizacionais apresentados (funcional, divisional, matricial, processos e equipes), foram anos de dinamismo evolutivo, abordados na próxima seção.

2.5 Estágios da estrutura organizacional

"A flexibilidade é necessária não só em função das grandes transformações do mundo de hoje, mas principalmente porque essas mudanças se acentuarão em escopo velocidade e complexidade."
Paulo R. Motta

A necessidade de flexibilidade das empresas se deu ao longo dos anos, a partir das constatações crescentes de que as antigas estruturas organizacionais rígidas não mais se harmonizavam com a realidade, nem com as necessidades das organizações e instituições públicas do mundo contemporâneo. Os antigos arranjos organizacionais ressaltavam todas as dimensões administrativas que facilitassem a padronização de comportamentos, a hierarquia, à especialização do trabalho e o alcance da eficiência através da economia de escala, sendo adequados para ambientes organizacionais com mudanças vagarosas e previsíveis, e a base para qualquer organização, independentemente dos propósitos de cada empresa ou instituição pública. Mas a partir do final da década de 50 a utilidade desses modelos foi diminuindo, à medida que acentuavam os passos da evolução social e econômica (MOTTA, 2004).

A busca por novos modelos de arranjo organizacionais passou por várias etapas, visando conquistar novas idéias de flexibilidade, mais ajustáveis às mudanças e contradições

[5] HERBER, J.; SINGH, J. V.; USEEM, M. (2000). The design of new organization forms. *In*: DAY, G. S. et al. Wharton on managing emerging technologies. New York: Hardcover. Cap. 17, p. 376-392.
[6] Op. cit.

do mundo contemporâneo, vencendo barreiras impostas pelas concepções rígidas de estrutura que prevaleciam tanto na teoria quanto nas práticas administrativas (MOTTA, 2004).

O primeiro estágio da evolução das estruturas organizacionais foi à aceitação da idéia que a estrutura é um mero instrumento de ação organizacional, alterável segundo dimensões contingenciais internas e externas da organização, que deveria ser vista de forma dinâmica e flexível (BURNS; STALKER, 1961; CHANDLER, 1962; MOTTA, 2004). Uma das primeiras adaptações práticas da visão de ajustes dos modelos estruturais a um mundo de constantes mutações foi à proposta da organização multiestrutural, na qual as organizações poderiam ter várias estruturas, uma manifestava-se à medida que fosse julgada a mais adequada às condições operacionais (objetivos, natureza da tarefa, demandas etc.), e as outras latentes. Essa perspectiva multiestrutura considerava menos as dimensões clássicas de ordem, uniformidade, regularidade, hierarquia e mais fatores como pluralidade e adaptabilidade (MOTTA, 2004).

O segundo estágio é caracterizado pela visão mais acentuada de dependência da estrutura a fatores ambientais. A definição de uma estrutura passa a ser vista como algo dinâmico, variável, sem paradigmas e dependente das ambiguidades, incertezas e mutações que ocorrem externamente à organização. Não havendo a melhor maneira de se estruturar, os modelos são arbitrários, e se adaptam a uma situação especifica que não se reproduz no tempo e no espaço. Assim os arranjos organizacionais rígidos começavam a serem vistos como vulneráveis às mudanças rápidas, com dificuldades de integração e de controle de funções internas, surgindo sugestões de formas organizacionais que se inspiravam ao contrário desses modelos, como a adhocracia e estrutura matricial, procuravam propor formas organizacionais que melhor se adaptassem a um ou mais fatores ambientais considerados mais críticos (GALBRAITH, 1977; LAWRENCE; LORSCH, 1973; MINTZBERG, 1979; MOTTA, 2004).

O terceiro estágio é assinalado pela visão de maior interdependência entre fatores externos e internos na definição da estrutura, uma perspectiva pós-contingencial, que não propunha modelos organizacionais, mas o seu arranjo através de aspectos dinâmicos e interativos entre a organização e seu ambiente. Destacava-se que, apesar das diversas variáveis do ambiente existiam algumas condições essenciais que se reproduziam ou permaneciam constantes durante longos períodos, permitindo visualizar tipos de organizações mais ajustáveis a essas condições. O uso do enfoque contingencial aplicado a estrutura fazia-se através de fatores predefinidos do ambiente organizacional ou de um caos controlado, enfatizando diretrizes prévias como condicionantes estruturais (HAGE, 1988; MOTTA, 2004;

QUINN, 1985). Além da premissa que a organização, também por causa de sua forma estrutural, selecionava variáveis ambientais, alguns fatores externos eram escolhidos a fim de manter a coerência estrutural, como por exemplo: o sistema social da instituição determina o tipo de informação que será captado e o sistema técnico predetermina a forma de ação em seu ambiente e o tipo de mudança ambiental será capaz de adaptar-se (HAGE, 1988; MINTZBERG, 1979; MOTTA, 2004).

A generalidade dessa visão contingencial tornava-se de difícil operacionalização em termos de estrutura, embora fosse fácil utilizá-la em áreas mais fluidas como a do comportamento humano (MOTTA, 2004). Galbraith (1977), Galbraith e Kazanjian (1986) salientavam a idéia de flexibilidade da estrutura organizacional de forma limitada. Mintizberg (1979) acrescentava que apesar de existirem vários tipos de arranjos organizacionais, umas são mais efetivas do que outras.

O quarto estágio surge com a necessidade de repensar ainda mais a estrutura organizacional, as estruturas desenvolvidas até então ou tidas como clássicas, eram consideradas como autoperpetuadoras do trabalho, pois sufocavam a inovação e a criatividade. O aumento da produção ao longo do século XX fez com que os produtos se tornassem abundantes e a competição obrigava as empresas contemporâneas a baixarem os preços, aumentarem a qualidade e variedade. A globalização acirrou a concorrência, ampliando o poder de barganha do cliente, e fazendo as organizações satisfazerem seus desejos e necessidades, sem esquecerem-se de somar as constantes mudanças do ambiente externo (LACOMBE; HEILBORN, 2003; MOTTA, 1999).

Dessa forma, as propostas de arranjos organizacionais surgem sobre fronteiras ambíguas e menos nítidas de autoridade e hierarquia, para melhor enfrentar as variações ambientais e exigências dos clientes. Busca-se a simplicidade através da maior descentralização e instituem-se sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para se aprimorar as comunicações internas. Trata-se de um modelo organizacional do trabalho em torno dos processos da organização, projetadas com base em equipes, responsabilidade compartilhada, um equilíbrio de poder dinâmico, unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional (LACOMBE; HEILBORN, 2003; MOTTA, 2004).

Essa nova alternativa de estruturação organizacional que emergia, também significava uma nova maneira gerencial de pensar, além de refletir uma idéia das tendências contemporâneas de valorizar fatores que criam maior flexibilidade estrutural, eficiência na ação organizacional, ensinavam os dirigentes e demais participantes da organização a

desafiarem a estrutura existente e a buscarem novas formas de adaptação às condições econômicas e sociais do mercado (MOTTA, 2004).

Muitas organizações contemporâneas já adquiriram parte desses aspectos (trabalho em torno dos processos e equipes, descentralizado, autonomista, integrado por comunicações intensivas, aumento da utilização da tecnologia da informação etc.) na busca dos ideais de flexibilidade para enfrentar as contingencias do ambiente, atender e agregar valor ao cliente. Mas há muitas outras, que estão a começar a perceber essa necessidade de flexibilidade e adaptabilidade, servindo essa estrutura organizacional como modelo para as principais reformas estruturais que se faz hoje em dia (MOTTA, 2004).

Vale salientar que o grande desafio contemporâneo não é mais dividir o trabalho, e sim fazer o todo organizacional funcionar. Embora estabeleça mudanças estruturais, utilizando modelos modernos de estrutura organizacional em função de categorias ambientais, há necessidade de agrupamento e integração que favoreçam as ações dos diversos gerentes, dirigentes e participantes em prol de um objetivo comum (MINTZBERG, 1979; MOTTA, 2004; WATERMAN; PETERS, 1983).

A flexibilidade do arranjo organizacional representa a consequencia de uma ação gerencial estratégica de antever e se adaptar às constantes mutações dos fatores contingenciais, não sendo algo rápido e em curto prazo. Alguns dirigentes vêem a estrutura como algo estático e com previsibilidade do comportamento, mas surpreendem-se com os desvios e discrepâncias, e tentam evitá-los reforçando atividades de controle, o que encarecem, tornam inflexível a organização e acabam por frustrarem-se com perdas de oportunidades de crescimento e desenvolvimento (MOTTA, 2004).

A estrutura organizacional deve ser considerada como um instrumento gerencial dinâmico e passível de variações, com ponto de vista de saber flexibilizá-la, tendo consciência de sua temporalidade e, por isso, agir segundo fronteiras menos rígidas de autoridade, valorizando contatos informais, relacionamentos, comprometimentos, geração e troca de conhecimento, e aprendendo conviver com as contradições de variações do contexto organizacional (MOTTA, 2004).

3 Logística

"Você não terá dificuldade para provar que batalhas, campanhas e guerras foram ganhas ou perdidas principalmente devido a LOGÍSTICA."
General Eisenhower

O terceiro capítulo expõe os conceitos de logística, sua evolução no arranjo organizacional das empresas, as atividades logísticas que devem-se ter nítidas quais são, para facilitar na identificação do seu estágio organizacional. E finaliza-se com a apresentação de algumas das influências dos componentes organizacionais, dos fatores contingenciais e da estrutura organizacional na logística integrada.

3.1 Conceitos de logística

A logística compreende o conjunto de processos e atividades que envolvem: a obtenção de materiais (entrada), a gestão desses materiais (processamento) e sua distribuição física (saída), incluindo o fluxo de informações dos elos da cadeia bem como as atividades de marketing inerentes. Tende a ganhar uma visão integrada à medida que passam a planejar, implementar, coordenar e controlar os fluxos físicos e de informações de forma holística, para equacionar produção e demanda, otimizar os processos e atividades, melhorar o nível de qualidade e rentabilidade dos produtos/serviços, nas condições desejadas ao cliente, a um determinado lucro (KOTLER; ARMSTRONG, 1998; LA LONDE; MASTERS, 1994; LAMBERT; STOCK; GREIS; KASARDA, 1998; NOVAES, 2001).

Daugherty, Ellinger e Gustin (1996) destacam como logística integrada o planejamento, alocação e controle dos recursos financeiros, humanos, materiais e equipamentos comprometidos no suporte das operações de fabricação, suprimento e distribuição física.

Para *Council of Supply Chain Management Professionals-CSCMP* (2006), a logística é parte da cadeia de suprimento que planeja, implementa, controla de maneira eficiente e eficaz o fluxo físico direto e reverso, bem como serviços e informações associados, cobrindo desde o ponto de origem até o ponto de consumo com o objetivo de atender aos requisitos dos clientes. A logística adiciona valor aos produtos e ou serviços que são essenciais para as vendas e a satisfação dos clientes, tendo a missão de "dispor o produto ou serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e nas condições desejadas, ao mesmo tempo em que fornece a maior contribuição à organização" (BALLOU, 2001:21).

Bowersox e Closs (2009) reforçam que a logística é um esforço integrado com o objetivo de ajudar a criar valor ao cliente, satisfazendo suas necessidades e desejos pelo

menor custo possível. Do ponto de vista estratégico a logística procura atingir uma qualidade predefinida de serviço ao cliente por meio de uma competência operacional de excelência, que facilite as operações relevantes de compras, produção, distribuição e marketing, equilibrando as expectativas de serviço e os custos totais de modo a alcançar os objetivos da organização, além de ter uma grande capacidade de resposta ao cliente, controlar desvios de desempenho operacional e minimizar o nível de estoque comprometido, quando bem planejada e integrada.

Observa-se que a logística integrada busca de forma harmoniosa sincronizar, coordenar e apoiar os processos/atividades da organização vinculados aos fluxos físicos e de informações ao longo da cadeia de suprimento, para obter ganhos quanto à agilidade, flexibilidade, qualidade, redução dos custos totais e criação de valor aos clientes, logo maior satisfação dos mesmos, maior vantagem competitiva sustentável e melhor desempenho organizacional. Todavia, não foi sempre assim, para a logística chegar a essa visão integrada, levou-se anos de evolução, que será apresentado na próxima seção.

3.2 Evolução organizacional da logística

"No passado, a distribuição física (LOGÍSTICA) era normalmente tida como a última fronteira para a economia de custos (DRUCKER, 1962*); hoje, porém, ela é a nova fronteira para a geração da demanda* (BALLOU, 2006b)*."*

O conceito de logística vem se desenvolvendo gradativamente tanto no meio acadêmico quanto no empresarial, a ganhar maior destaque e difusão por volta de 1960 (MUSETTI, 2000). Assim, essa seção resgata a evolução organizacional da logística, ou seja, o arranjo e rearranjo das atividades logísticas ao longo dos anos dentro da organização, a começar nesse período de propagação, sob perspectivas de alguns autores que dividem em fases, eras ou estágios, estando estes apresentados no estudo em quatro fases: Fase Zero – antes da década de 60; Fase I – da década de 60 à 80; Fase II – da década de 90 aos dias atuais; e a Fase III – são possíveis tendências, que serão sintetizadas em quadros e abordadas em maiores detalhes os estágios propostos por Bowersox et al. (2001; 2007), visto que conseguem apresentar de maneira clara e simples a evolução da logística, além de evitar redundâncias, pois apesar das variações dos termos e quantidades de estágios, os autores seguem a mesma linha de raciocínio evolutivo.

Nas sínteses dos quadros serão utilizados como parâmetros de destaque:

- a visão organizacional, que busca apresentar como era, é e será tratada a gestão (por funções e ou áreas; agrupadas e ou integradas; interna e externa);

- o foco gerencial dos responsáveis pela organização para auxiliar na tomada de decisões: operacional – trata as atividades do dia-a-dia para manutenção e solução de problemas do sistema (alocação de pessoal, programas diários de produção, de embarques etc.); tático – relaciona-se a manobra e ao desdobramento de metas e estratégias do planejamento logístico (meios de transporte, medidas de desempenho, níveis de estoque etc.); e estratégico – a função logística participa das decisões estratégicas e da gestão (localização de fábricas, tipos de equipamentos de produção e movimentação, quantidade e função dos centros de distribuição e armazéns etc.); e
- a ênfase de atuação: áreas, funções, atividades e ou equipes, que dedicam maior atenção e esforço de trabalho em cada período.

Em cada fase será abordado os dados da pesquisa realizada por Kim (2007), que trata dos tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas encontradas numa amostra de 623 organizações, entre indústrias de produto de consumo, material de base, eletrônica e bens de capital, localizadas entre Japão e Coréia. A intenção é apresentar como estão sendo visualizadas e tratadas atualmente as atividades logísticas, mesmo sendo resultados que não podem ser generalizados por tratar de organizações de países do oriente, com culturas diferentes, estilos de gestão próprios entre outras variáveis.

3.2.1 Fase Zero: antes da década de 60

Bowersox et al. (1986; 2001; 2007) descrevem que antes da década de 50 as atividades logísticas eram totalmente fragmentadas, ou seja, o trabalho logístico era visto de maneira separada, por funções específicas, executado sem coordenação interfuncional, com duplicação, desperdícios e motivações de objetivos conflitantes, cada área preocupava-se em fazer o seu melhor sem incomodar com o resultado da empresa. O foco gerencial era operacional, com ênfase de atuação dispersa pelas várias funções da organização (Figura 1).

A lentidão do desenvolvimento da logística até este período foi em virtude da falta de ferramentas computacionais e de técnicas quantitativas apropriadas que auxiliasse as atividades logísticas. O declínio nos lucros das organizações que iniciou nesse período começou a exigir atitudes gerenciais para a concentração e a redução de custos, e a logística era a única área que não havia sido explorada e que possibilitaria grandes resultados (BOWERSOX et al., 2001; 2007).

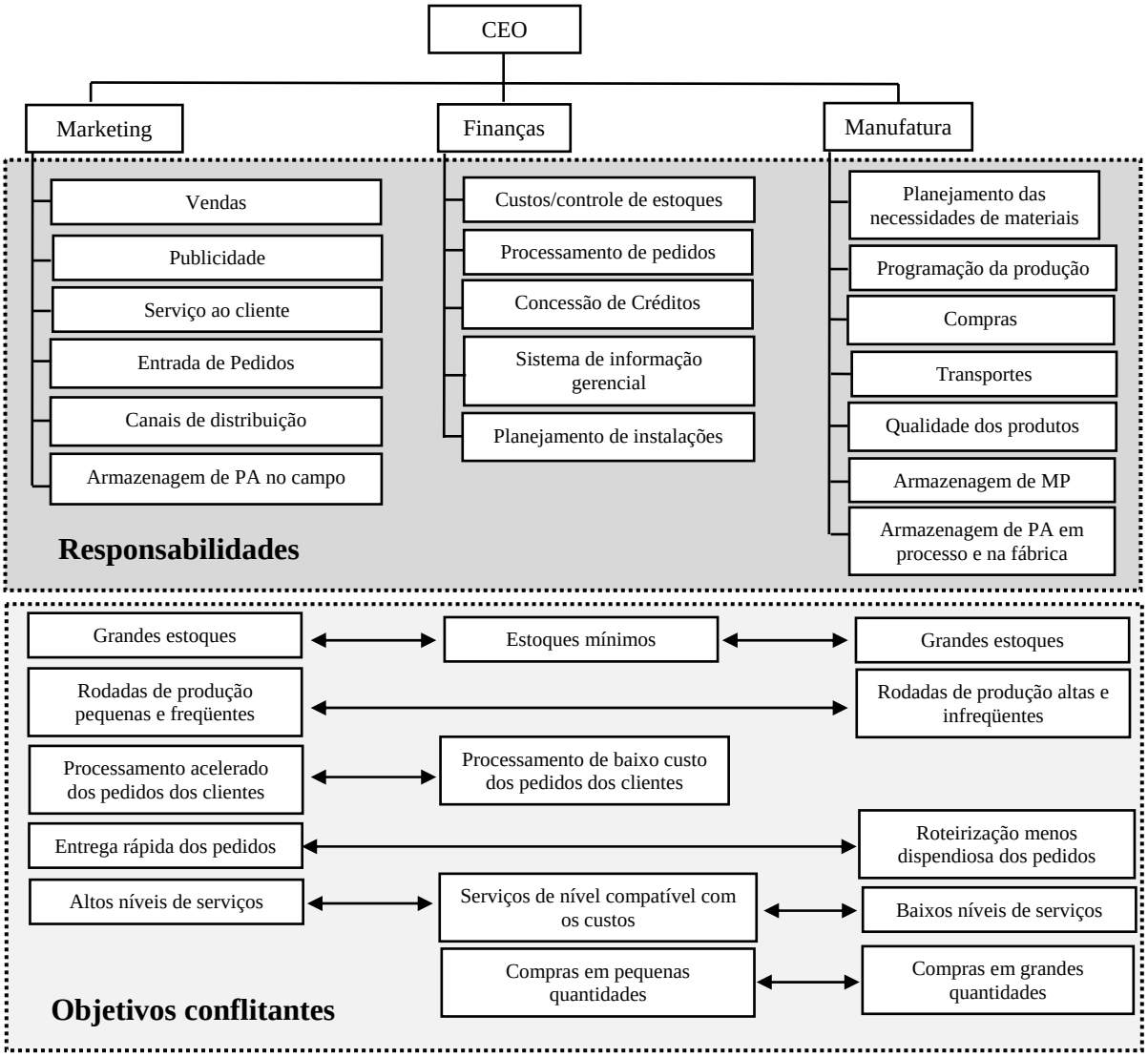


Figura 1: Estrutura organizacional tradicional fragmentada por funções relacionadas à logística
Fonte: Adaptado de Ballou, 2006b; Bowersox et al. (2001)

O Quadro 2 apresenta a visão de alguns autores sobre a logística nesse período, denominada aqui de Fase Zero, por partir do princípio que não se pensava em atividades logísticas como forma de se obter melhores resultados e agregar valor, as empresas não compreendiam que eliminar a fragmentação, o distanciamento, a divisão entre as partes ou funções traria benefícios como aperfeiçoamento dos processos/atividades, incentivos de trocas de informações, conhecimento, controles e análises importantes que podem reduzir os custos totais e melhorar a qualidade.

Autores	Visão organizacional	Foco gerencial	Ênfase de atuação
Ballou (1993; 2006a)	**1ª Fase** – Fragmentada	**1ª Fase** - Operacional	**1ª Fase** - Armazenagem e transporte
Boyson et al. (1999)	**1º Estágio** - Logística subdesenvolvida (visão separada)	**Estágio 1** – Operacional	**1º Estágio** – Transporte
Bowersox et al. (2001; 2007)	**Estruturas Funcionais Fragmentadas (EFF)**	**EFF –** Operacional	**EFF –** Disperso
Figueiredo; Arkader (1999)	**1ª Era** das funções segmentadas	**1ª** Especialização operacional	**1ª** Desempenho funcional do transporte e da armazenagem, tratados separadamente
Stevens (1989)	**1º Estágio** - Linha básica (independência funcional)	**1º Estágio** – Operacional	**1º Estágio** - Compras, controle de materiais, produção, vendas e distribuição, sendo isoladas por estoques intermediários
Wood Jr; Zuffo (1998)	**Fase Zero** – Fragmentada	**Fase Zero** – Operacional	**Fase Zero** - Administração de materiais (gestão de estoques, de compra e movimentação de materiais)

Quadro 2: Evolução organizacional da logística – Fase Zero
Fonte: Elaborado pela autora

Na pesquisa de Kim (2007), contatou-se que 33,6% das empresas estudadas encontram-se na Fase Zero, tratam a logística de forma fragmentada, as atividades logísticas são espalhadas pelos vários departamentos da organização com baixa centralização e formalização, denominando-as como estrutura fragmentada da logística (Figura 2).

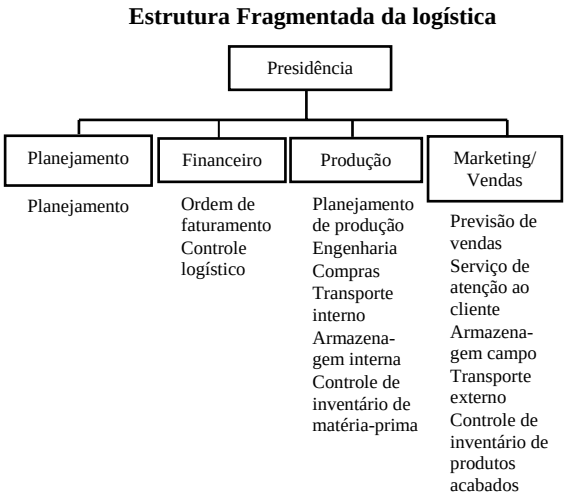


Figura 2: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas
Fonte: Adaptado de Kim (2007)

3.2.2 Fase I: da década de 60 à 80

No início da década de 60 após aceitação da alta administração que agrupar as funções resultaria em desempenho superior, surge o primeiro estágio na tentativa de agrupar os níveis de staff e de linha. O foco gerencial permanecia operacional, a ênfase de atuação na distribuição física (áreas correlatas: transporte, controle de estoques de produtos acabados, processamento de pedidos, serviço ao cliente e armazenagem de produtos acabados no

campo), como seção forte de responsabilidade da área de marketing (BOWERSOX; CLOSS, 2001). O Quadro 3 retrata o princípio da evolução organizacional da logística em busca de melhor desempenho organizacional.

Autores	Visão organizacional	Foco gerencial	Ênfase de atuação
Ballou (1993; 2006a)	**2ª Fase** - Agrupamento de algumas funções **3ª Fase** - Intensifica a integração das funções logísticas internas	**2ª Fase** - Tático gerencial **3ª Fase** - Tático estratégico	**2ª Fase** - Distribuição física (transporte, armazenagem e controle de inventário), dando maior atenção no movimento de saída dos bens **3ª Fase** - Administração de materiais (compra, produção e armazenagem) e distribuição física (transporte e inventário)
Boyson et al. (1999)	**2º Estágio**-Logística incipiente a reunir funções logísticas	**Estágio 2** – Operacional	**2º Estágio** - Funções logísticas (transporte e armazenagem)
Bowersox et al. (2001; 2007)	**1º Estágio** - Iniciação de agrupamento funcional **2º Estágio** - Agrupamento funcional (médio ou algumas) **3º Estágio** - Agrupamento funcional (máximo; todas as atividades ou quase todas)	**1º Estágio** - Operacional **2º Estágio** – Operacional a tático **3º Estágio** - Estratégico na eficácia operacional na busca de maior competitividade da empresa	**1º Estágio** - Distribuição física responsabilidade da área de Marketing **2º Estágio** - Distribuição física torna-se uma área com próprias responsabilidades **3º Estágio** - Área de logística dividida em: operações logísticas, apoio logístico e planejamento de recursos logísticos
Figueiredo; Arkader (1999)	**2ª Era** das funções agrupadas **3ª Era** de atenção no cliente, visão integrada	**2ª** Tático (custo total e abordagem de sistema); **3ª** Tático visando à eficiência através de métodos quantitativos e modelos matemáticos com destaque a produtividade e custos de estoques	**2ª** Distribuição física (transporte de suprimento, distribuição, armazenagem, controle de estoque e manuseio de materiais) **3ª** Em dois níveis de integração: primeiro dentro da empresa e segundo nas inter-relações da empresa com externo, um sistema dois a dois e não abrangente
Stevens (1989)	**2º Estágio** - Integração funcional (mínima) **3º Estágio** - Integração interna	**2º Estágio –** Tático para integrar as funções adjacentes e administrar os custos **3º Estágio** – Estratégico buscando o planejamento ponta a ponta na empresa	**2º Estágio** - Gerenciamento dos materiais, da fabricação e distribuição, separadas por estoques **3º Estágio** - Idem ao 2º estágio, com diferença que os estoques passam a existir no começo do fluxo de materiais e no fim do fluxo de serviço ao cliente
Wood Jr; Zuffo (1998)	**Fase 1** - Agrupamento das funções **Fase 2** – Principia visão sistêmica da empresa	**Fase 1** - Tático **Fase 2** - Meio "adormecido" na estratégia	**Fase 1** - Administração de materiais e distribuição física (transporte) **Fase 2** - Atividades integradas da logística interna

Quadro 3: Evolução organizacional da logística - Fase I
Fonte: Elaborado pela autora

No início dos anos 70 a logística já estava bem conceituada na teoria, mas na prática enfrentava várias resistências quanto aspecto cultural, visão funcional da alta gerencia, implantações sequenciais, prejudicando a integração etc. (BOWERSOX et al., 1986). O segundo estágio surge nesse período e prossegue no agrupamento funcional. A distribuição física passa a ser uma área, separada do marketing, e atinge uma posição de autoridade e responsabilidade maior dentro da organização, com foco gerencial tático na logística (vista como distribuição física, um dos motivos da associação até hoje) que permitia que fosse controlada como competência central. A ênfase de atuação era na distribuição física, que

agrupava sob seu controle: transporte, processamento de pedidos, controle de estoques de produtos acabados (campo e fábrica), armazenagem de produtos acabados (campo e fábrica), serviço ao cliente, concessão de créditos e planejamento do sistema de distribuição. Este sistema provocava falhas na integração por preocupar com o desempenho de funções específicas (BOWERSOX; CLOSS, 2001).

O terceiro estágio (Figura 3), durante a década de 80, visa agrupar ao máximo as funções operacionais e de planejamento logístico, sob a coordenação e responsabilidade de um único gerente sênior, com foco gerencial estratégico na eficácia operacional da movimentação e armazenagem de todos os materiais e produtos finais, para obtenção de maior agrupamento e competitividade da empresa, tendo o auxilio da tecnologia da informação. A ênfase de atuação era na área de logística dividida em: operações logísticas – suprimento, apoio a manufatura e distribuição física; apoio logístico – embalagem, engenharia de manuseio de materiais, armazenagem, controle de estoques e transporte; e planejamento de recursos logísticos – previsão de mercado, produto, processamento de pedidos, planejamento das necessidades, funcional, capacidade e programação da produção (BOWERSOX; CLOSS, 2001).

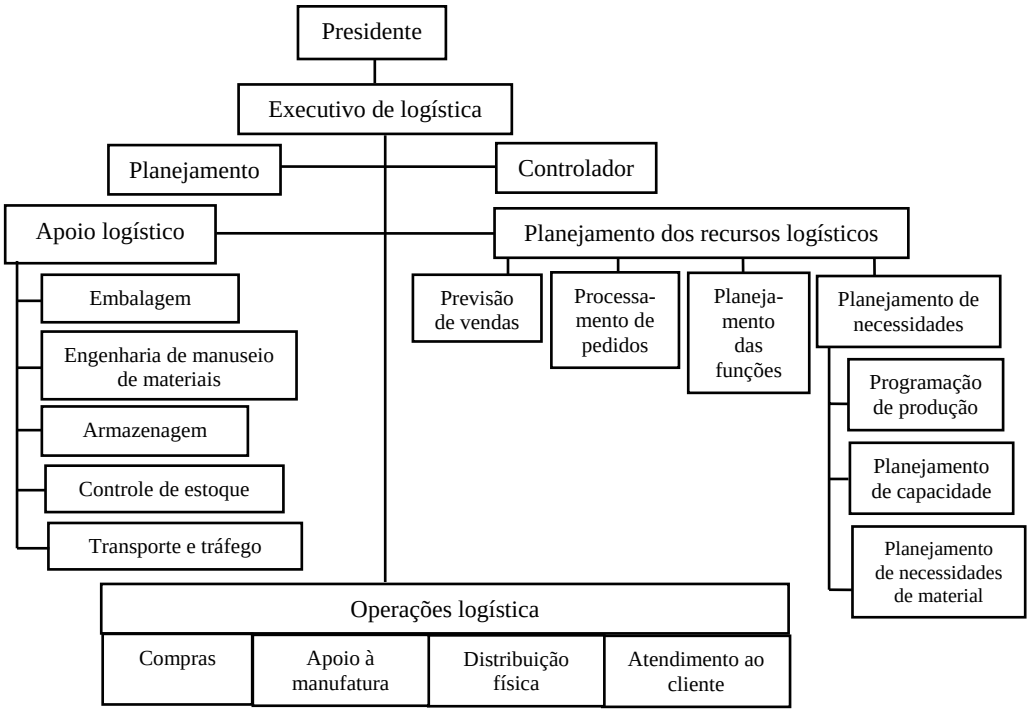


Figura 3: Estágio 3 - agrupamento das atividades logísticas (estrutura matricial)
Fonte: Bowersox et al., 2001; 2007

Nesse período parte das necessidades de redução de custos operacionais e da otimização dos processos produtivos foram suprimidas por meio da formulação e

implementação de estratégias de produção eficientes, baseadas na utilização de técnicas e métodos desenvolvidos com os fundamentos da Qualidade Total. Algumas organizações perceberam que a busca incansável pela eficácia operacional através da aplicação dessas técnicas/métodos, apesar de gerar maior competitividade e algumas vantagens sobre os concorrentes, não se tornariam, em médio e longo prazo, vantagem competitiva sustentável (HITT, IRELAND, HOSKISSON, 2002), em outras palavras, a eficácia operacional seria uma condição necessária, mas não suficiente (PORTER, 1999).

As empresas passaram a enxergar a logística nas décadas de 1980 e, principalmente, 1990, não mais como uma simples fonte de redução de custos, mas também como fonte de melhoria aos produtos e serviços oferecidos aos clientes, um elemento central de estratégias logísticas e de marketing, implicando em boas oportunidades de incrementar a satisfação do cliente e se tornar uma poderosa arma de vantagem competitiva (McDUFFIE et al., 2001; VEENKEN; RUTTEN, 1998).

Na pesquisa de Kim (2007), 46,6% das empresas encontram-se na Fase I, de agrupamento funcional, com estruturas organizacionais das atividades logísticas dividas em: 32,6% estrutura funcional, com elevada centralização e moderada formalização das atividades logísticas; e 14% estrutura matricial, com moderada centralização e formalização das atividades logísticas (Figura 4).

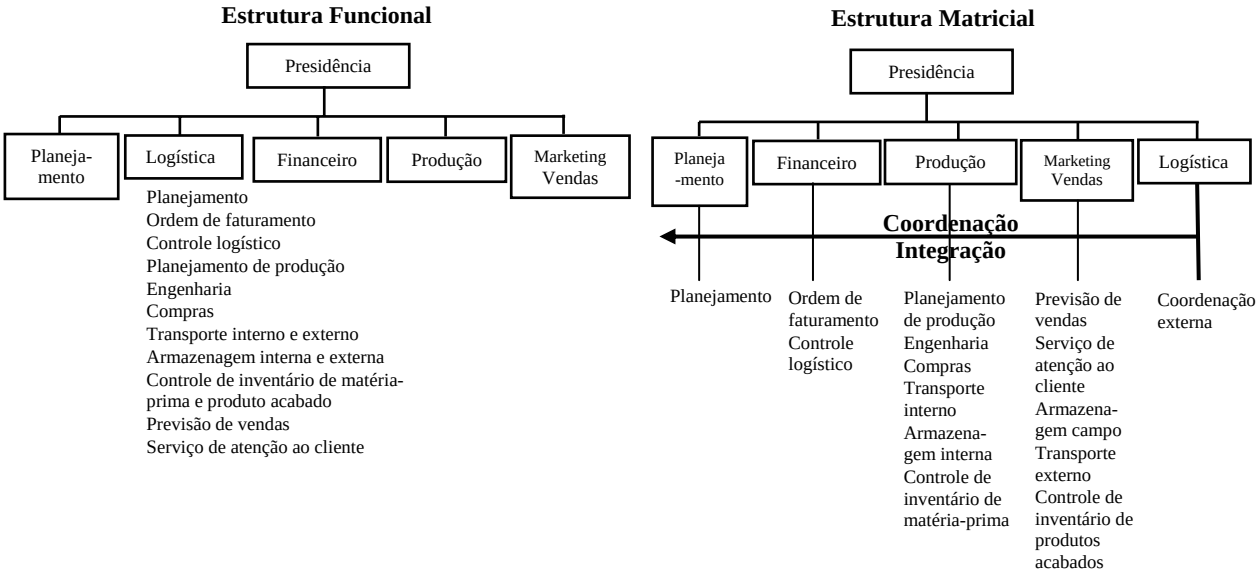


Figura 4: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas
Fonte: Adaptado de Kim (2007)

3.2.3 Fase II: da década de 90 aos dias atuais

A logística observada sob a ótica de atividades fragmentadas (Fase Zero) ou conjunto

de atividades agrupadas (Fase I), não se constituíam em vantagem competitiva sustentável, pois era facilmente imitável pelos concorrentes, assim as empresas necessitavam desenvolver e manter competências essenciais (PRAHALAD; HAMEL, 1990), com o objetivo de gerar vantagens competitivas sustentáveis, baseadas em critérios de serem valiosas, de difícil imitação e substituição (BARNEY, 1991; HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2002).

A década de 90 emergiu com a necessidade de ampliar os horizontes para toda a cadeia de suprimento, porque somente o agrupamento interno ao máximo não era suficiente para proporcionar vantagens competitivas sustentável, de diferenciação, trocas de informações e conhecimento, minimização de riscos por poder compartilhar entre os membros da cadeia possíveis decisões imprecisas, de otimização de recursos etc. Nessa perspectiva, as características da estrutura organizacional da empresa (CHOW; HEAVER; HENRIKSSON, 1995; HALL, 2008; STOCK; GREIS; KASARDA, 2000) e o foco na prestação de serviços logísticos ao cliente (CHRISTOPHER, 1992; LAMBERT; STOCK, 1993; HESKETT, 1994), se tornaram elementos críticos detentores de atenção especial capazes de criar, agregar valor e gerar vantagem competitiva sustentável (DAUGHERTY; STANK; ELLINGER, 1998; PORTER, 1999; RUTNER; LANGLER JR., 2000; VEEKEN; RUTTEN, 1998).

Autores	Visão organizacional	Foco gerencial	Ênfase de atuação
Ballou (1993; 2001; 2006b)	**4ª Fase -** Estende a integração para GCS	**4ª Fase -** Estratégico no mercado	**4ª Fase -** Na logística integrada e na GCS
Boyson et al. (1999)	**3º Estágio -** Concretização da integração interna; **4º Estágio-** Amplia a integração para o ambiente externo	**3º Estágio** – Tático estratégico (métodos quantitativos de controle da qualidade e serviços); **4º Estágio** – Estratégico	**3º Estágio -** Equipes interfuncionais e segmentação da base da cadeia; **4º Estágio -** Na eficiência da interface dos elos da GCS
Bowersox et al. (2001; 2007)	**4º Estágio -** Integração interna e externa por processo	**4º Estágio -** Estritamente estratégico	**4º Estágio -** No processo logístico integrado e da GCS com utilização da tecnologia da informação e comunicação
Figueiredo; Arkader (1999)	**4ª Era** da logística como elemento diferenciador (visão integrada e global)	**4ª Era -** Estratégico (logística no nível mais alto do planeja-mento estratégico da empresa)	**4ª Era -** GCS e nas interfaces dentro das empresas e entre as diferentes funções
Stevens (1989)	**4º Estágio -** Expansão para integração externa	**4º Estágio -** Globalmente estratégico	**4º Estágio -** Todas as atividades logísticas integradas e na GCS
Wood Jr; Zuffo (1998)	**3ª Fase-**Visão sistêmica (interna e externa) **4ª Fase-** No todo da GCS	**3ª Fase-** Latente na estratégia **4ª Fase -** Patente na estratégia	**3ª Fase-** nas atividades logísticas e na GCS **4ª Fase -** GCS, *efficient consumer response*, alianças estratégicas, consórcios, subcontratação e canais alternativos de distribuição

Quadro 4: Evolução organizacional da logística – Fase II
Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se no Quadro 4 que Bowersox et al. (2001; 2007) compartilham com os demais autores da visão organizacional de expansão e integração interna/externa da logística, incorporando clientes, fornecedores e outras empresas específicas, criando arranjos de canais

baseado na dependência e na colaboração reconhecida para alcançar metas de desempenho global. O foco gerencial estritamente estratégico e a mudança de ênfase do agrupamento das funções para a integração do processo logístico e da Gestão da Cadeia de Suprimento (GCS) passam a ser vistas como fundamentais. A questão principal deixou de ser como organizar e com quais outras funções individuais agrupar para se obter o melhor desempenho práticas, e passou a ser como administrar melhor o processo logístico total para criação de valor ao cliente. A estrutura organizacional para a logística seria um arranjo que realiza atividades essenciais como parte dos processos que apóiam, e ao mesmo tempo em que atinge a sinergia da integração transfuncional, exigindo que todas as capabilidades necessárias para a realização de uma tarefa estejam disponíveis, independentemente de sua disposição funcional. Isso se torna possível por causa do uso e potencial da tecnologia da informação que permite a flexibilidade e agilidade para coordenar o desempenho integrado, o compartilhamento de conhecimento e a distribuição de responsabilidades pela execução de tarefas ao longo de toda organização.

O conceito de estruturar a logística por processos é visto como resultado de três fatores: primeiro, o desenvolvimento de um ambiente extremamente envolvido com equipes de trabalho auto-dirigidas, para motivá-las a gerar o máximo desempenho, tornando-as mais competitivas e flexíveis perante as turbulências do mercado global; segundo, o aumento na produtividade e avanços em serviços resultam de processos gerenciais, não sendo suficiente a agregação por funções, pois pode separar artificialmente os fluxos de trabalho naturais e gerar gargalos; e terceiro, o rápido compartilhamento de informações precisas, tornando a tecnologia da informação à base da estrutura e a integração da organização, em substituição a hierarquia rígida organizacional (BOWERSOX et al., 2007).

A Figura 5 ilustra como uma organização orientada para processos pode se estruturar em torno das atividades logísticas da cadeia de suprimentos. De acordo com Bowersox et al. (2007), essa ênfase de atuação para processos tem questões críticas, principalmente ao tratar de operações complexas como a logística, a ser analisadas, compreendidas e ponderadas pelos gestores, necessitando que conheçam completamente o potencial da organização, baseados nas informações internas e externas para obter respostas: de até quanto da estrutura hierárquica formal pode e deve ser mantida? De que maneira uma organização pode estruturar para que consiga planejar e controlar um processo sem se tornar demasiadamente burocrática?

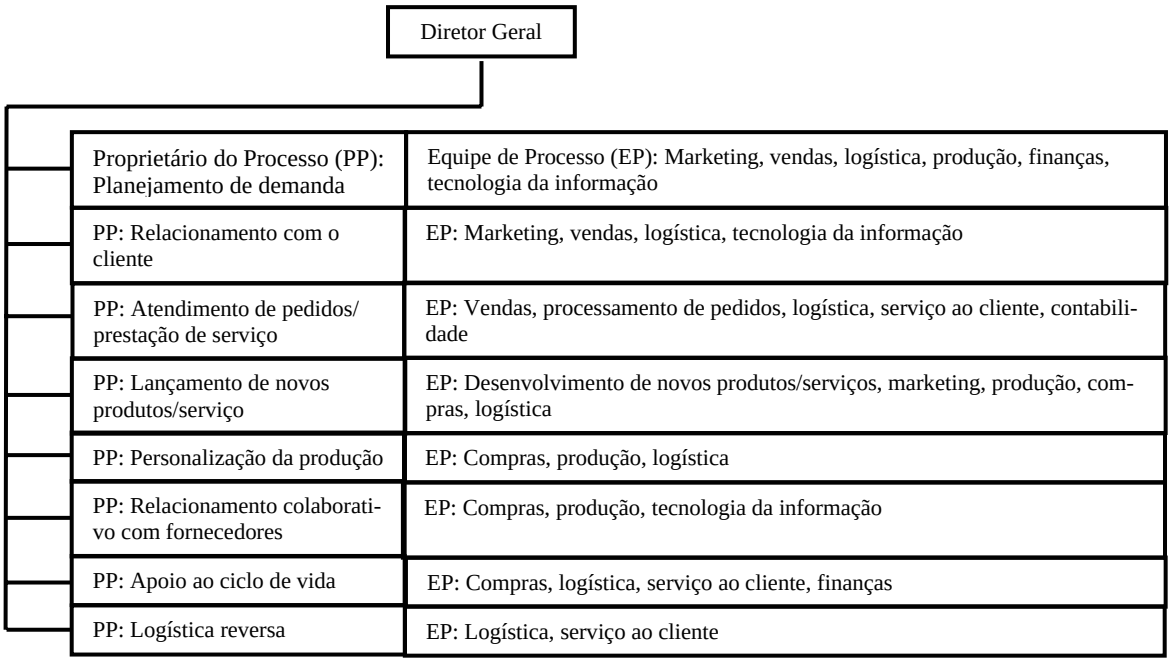


Figura 5: Estrutura organizacional orientada para processos/equipes
Fonte: Bowersox et al. (2007)

Na Fase II da evolução organizacional da logística, Kim (2007) em sua pesquisa contatou que 19,8% das empresas estudadas encontram no estágio de integração por processos, dividindo-se em: estruturas por processos e equipe (8,2%), com baixa centralização e elevada formalização das atividades logísticas; e estrutura integrada da logística (11,6%), com um nível elevado de centralização e formalização das atividades logísticas, representadas melhor na Figura 6.

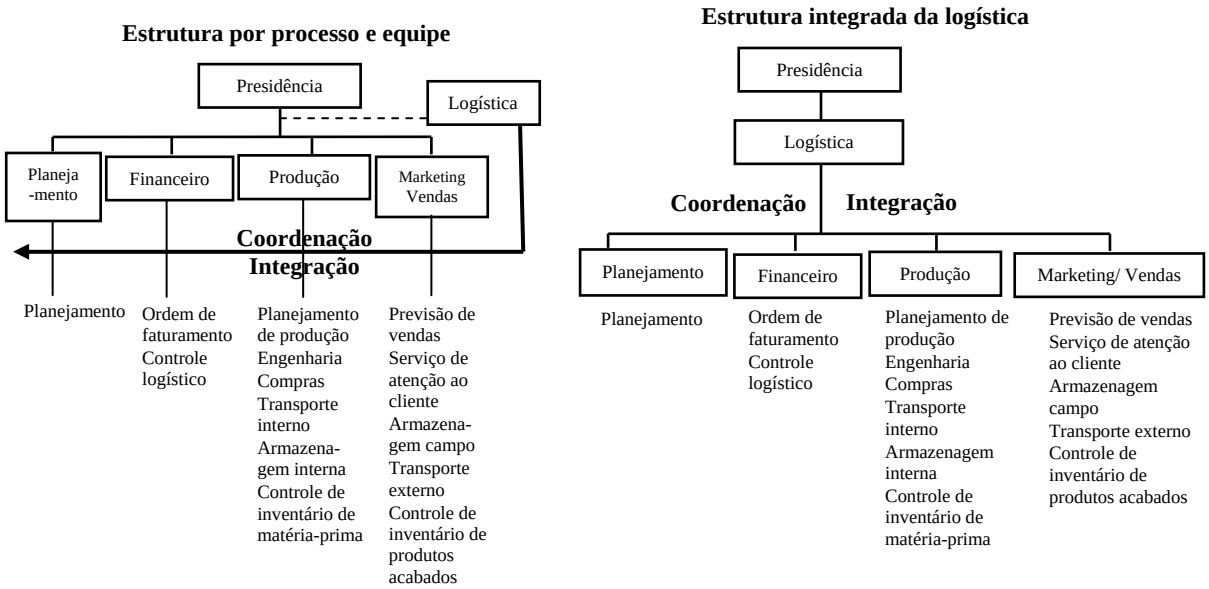


Figura 6: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas
Fonte: Adaptado de Kim (2007)

Segundo Stock, Greis e Kasarda (1998), a evolução organizacional da logística no sentido de gerenciamento e integração dos processos internos e externos, fez com que os elementos organizacionais fossem observados com mais rigor. Assim a estrutura organizacional foi, em consonância, adaptada para atender aos novos desafios, sendo impulsionada pela dinâmica do mercado, pelo desenvolvimento da tecnologia da informação, parcerias e alianças, a contemplar a logística, que passou a ser um fator estratégico fundamental nas organizações.

3.2.4 Fase III: possíveis tendências

Nessa seção serão sintetizados no Quadro 5 as opiniões de Ballou (2006a) e Bowersox et al. (2001; 2007), por serem os únicos a projetar possíveis tendências para a logística, aos quais baseiam em suas experiências e estudos. Na pesquisa realizada por Kim (2007), não foi mencionado nada sobre essas tendências.

Autores	Visão organizacional	Foco gerencial	Ênfase de atuação
Ballou (2006a)	Extrapolação da integração e do grau de importância da logística e da GCS	Estratégico na logística integrada e da GCS	Na logística integrada e na GCS como "arma" competitiva e nova fronteira para a geração da demanda com alto nível de serviço ao cliente, colaboração plena, confiança, coordenação, objetivos globais e utilização de alta tecnologia
Bowersox et al. (2001; 2007)	Integração virtual dos processos da GCS, aproveitando o melhor da centralização e descentralização	Estratégico dinâmico	No fluxo do processo da logística integrada e da GCS com grande uso da tecnologia da informa-ção e comunicação; Visa à digitalização das operações sem precedentes, com aumento da colaboração e equipes dinâmicas transparentes

Quadro 5: Evolução organizacional da logística – Fase III
Fonte: Elaborado pela autora

Para Bowersox et al. (2006; 2007), um caminho a trilhar da logística considerado mais intrigante, apesar dos vários cenários acerca da organização do futuro e que sejam tecnologicamente viáveis, é que a estrutura organizacional hierárquica formal seja substituída por uma rede eletrônica informal, baseada na desagregação funcional ao longo de toda a organização para concentrar-se no fluxo de trabalho, com grande utilização da tecnologia da informação e comunicação, e com o surgimento rápido dos arranjos de cadeia de suprimento impulsionados por cinco forças, no quais alguns pontos encontram-se meio adormecidos no presente, mas se tornarão patentes no futuro:

1. gestão integrada: busca identificar e alcançar o menor custo total por processo equilibrando os *trade-offs* que há entre as funções, dedicando atenção a colaboração, extensão empresarial que baseia-se em compartilhamento de informações, especialização de processos e prestadores de serviços integrados que prestam uma

gama multifuncional de serviços logísticos, abrangendo desde o recebimento do pedido à entrega do produto;

2. capacidade de resposta: ocorre e ocorrerá ainda mais rápido com o uso da tecnologia da informação e comunicação; a maioria das empresas continuarão a implementar estratégias que combinem arranjos preventivos (o trabalho essencial é realizado antes das necessidades futuras, existindo a probabilidade de estimativas errôneas) e reativos (busca reduzir ou eliminar o apoio nas previsões por meio do planejamento em conjunto e da troca rápida de informações entre os membros da cadeia de suprimento), tendendo a crescer o desenvolvimento do arranjo reativo com clientes e fornecedores específicos;
3. sofisticação financeira: trata-se da capacidade de gerenciar de modo mais oportuno para chegar a arranjos de trabalho financeiramente atraentes, destacando três aspectos: conversão de caixa, minimização do tempo ocioso e giro de caixa;
4. globalização: permite ganhos em negociações estratégicas globais e impulsiona grandes oportunidades para aumentar a eficiência operacional;
5. transformação digital: busca alcançar níveis sem precedentes de excelência através de reinventar, posicionar os processos e as relações de negócios, para explorar completamente a tecnologia da informação e para facilitar a colaboração na cadeia de suprimento, proporcionando uma comunicação simultânea de muitos para muitos.

Essa digitalização da organização, com competência essencial específica, ou toda uma empresa, existirá como fornecedor de desempenho integrado, com foco estratégico dinâmico, sujeito a redefinição constante, podendo originar-se nos escritórios centrais, mas as responsabilidades por executar e adaptar tornando mais ágeis e flexíveis com aproveitamento do poder da tecnologia de informação e comunicação serão dos operadores motivados por um objetivo comum. A ênfase de atuação concentrará no fluxo do processo do gerenciamento da cadeia de suprimento captando o melhor da centralização e descentralização, visando atingir uma desagregação funcional dilatada. As equipes de trabalho poderão ser mais transparentes e estarem conectadas eletronicamente para desenvolverem atividades críticas de maneira integrada, com comunicação informal facilitada pelo compartilhamento da informação (BOWERSOX et al., 2001; 2007).

Vale ressaltar que esse processo de integração e de reformular a empresa para digitalizar as operações e aumentar a colaboração na cadeia de suprimentos encontram-se em

constante processo de mudanças e evoluções pela busca das melhores práticas, estruturas organizacionais, sincronia e inovações para adaptar as exigências do mercado. De acordo Bowersox et al. (2006; 2007), devem-se ter cautela ao tentar acelerar a transição de estruturas organizacionais logísticas, que são processos complexos, e não adequados a mudanças radicais rápidas. Lembram que, o que pode funcionar hoje, pode não funcionar amanhã, sendo por outro lado, o que não funciona hoje pode funcionar perfeitamente amanhã.

Para melhor compreensão e visualização do conteúdo abordado da evolução organizacional da logística nas subseções 3.2.1-Fase Zero, 3.2.2-Fase I, 3.2.3-Fase II e 3.2.4-Fase III, apresenta-se a Figura 7 e o Quadro 6.

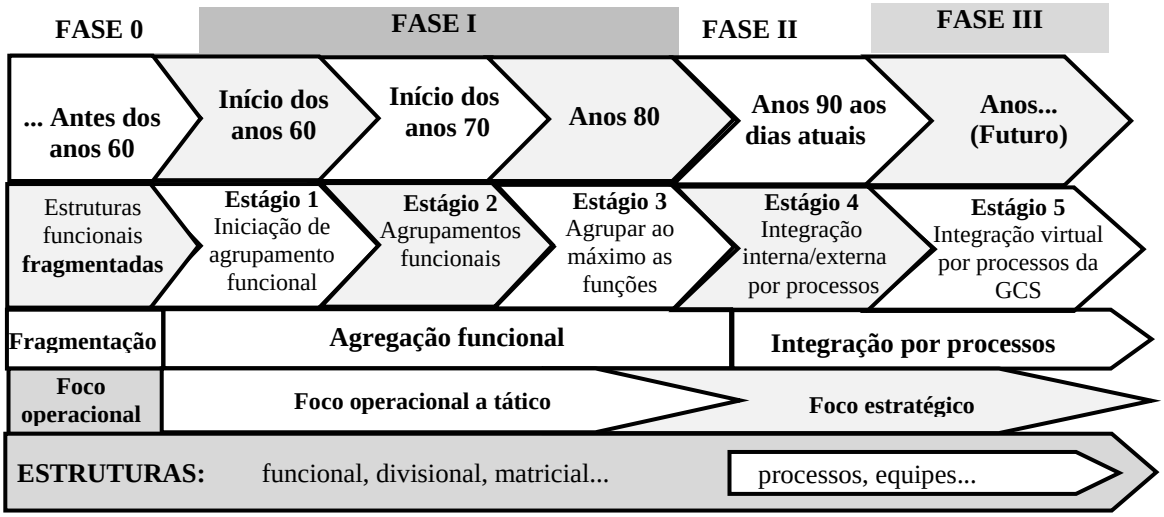


Figura 7: Evolução organizacional da logística
Fonte: Adaptado de Bowersox et al. (2001)

Verifica-se com a revisão de literatura da evolução organizacional da logística, depois que as empresas começaram a visualizar a logística estrategicamente suas competências passaram a ser exploradas como forma de agregar valor ao cliente, proporcionar e manter vantagens competitivas. O aumento desse foco estratégico ganhou maior força, em virtude do grau de sofisticação que a tecnologia da informação vem sendo desenvolvida, a possibilitar mais agilidade e flexibilidade nas mudanças de gestão e arranjos organizacionais para adaptar as exigências do mercado.

A logística integrada vista de forma estratégica pode proporcionar vários benefícios a organização, como a coordenação dos fluxos, a otimização dos processos, a redução de custos totais, maior produtividade, confiabilidade na entrega entre outros. Há empresas que já perceberam esse potencial estratégico da logística (BOWERSOX et al., 2007), mas no geral as empresas não se despertaram para seu grau de relevância e o poder que a gestão das suas

melhores práticas competitivas podem provocar frente aos concorrentes (KIM, 2007; STOCK; GREIS; KASARDA, 1998). A logística continua sendo uma área relativamente inexplorada em termos de aumento de produtividade (BOWERSOX; CLOSS, 2009).

% empresas nos estágios da logística	Tipo de estrutura organizacional	A posição estratégica da logística	Abrangência de controle da logística	Fundo teórico utilizado por Kim (2007)
33,6% **FASE ZERO**	**Estrutura fragmentada da logística** (33,6%)	Possui baixa centralização e formalização das atividades logísticas, que são fragmentadas entre os departamentos.	Há um número limitado das atividades tradicionais da logística, que são controladas por dois ou mais departamentos, com ênfase para conseguir a sinergia da distribuição física.	Bowersox; Daugherty (1995); Bowersox et al. (2002); Head (2005); Jabnoun; Sahraoui (2004); Lambert; Stock (1993); Monczka et al. (2002)
46,6% **FASE I**	**Estrutura funcional** (32,6%)	Tem uma área de Logística, caracterizado pela elevada centralização e nível moderado de formalização das atividades logísticas. A posição hierárquica é igual as demais áreas funcionais.	A área controla num espaço limitado as atividades tradicionais da logística e as relacionadas a cada função. Possui comum responsabilidade e autoridade para o planejamento e utilização das principais atividades de logística.	Bowersox; Daugherty (1995); Johannessen; Solem (2002); Lambert; Stock (1993)
	Estrutura matricial (14%)	Há uma área de logística com posição igual as demais áreas existentes, com nível moderado de centralização e formalização. Atua com uma função de coordenador e de manter a conexão/integração entre as áreas.	Tem controle equilibrado com as outras áreas sobre as atividades de logística. Seu foco é de coordenação e integração das áreas, com prioridade no ajuste das atividades logísticas internas e externa da GCS. Esse tipo de estrutura permite reforçar as ligações de comunicação e balancear o controle e a descentralização.	Bowersox et al. (2002); Huang; Lin (2002); Johnson (1997); Johannessen; Solem (2002); Monczka et al. (2002); Pritsker (1997)
19,8% **FASE II**	**Estrutura por processo e equipe** (8,2%)	A área de logística tem uma posição elevada das demais áreas funcionais, com baixa centralização e elevada formalização. Atua como coordenador e integrador total dos processos logísticos, formando uma equipe. Esta equipe coordena todas as decisões relevantes do processo e os fluxos de informação vertical e horizontal.	A área de logística planeja, apóia e arranja as atividades logísticas, mas são executadas sob a supervisão e controle das áreas funcionais que estão relacionadas.	Benita et al. (1992); Bowersox; Daugherty (1995); Johannessen; Solem (2002); Lambert; Stock (1993); Monczka et al. (2002)
	Estrutura integrada da logística (11,6%)	As demais áreas funcionais são subordinadas a área de logística, considerado com um nível elevado de centralização e formalização das atividades logísticas. Tendo a área de logística responsabilidade e autoridade sobre as atividades logísticas internas e externas da GCS.	A área de logística integra e controla as atividades totais da logística, buscando agregar valor a todo o sistema, com ênfase na realização eficiente das atividades consolidadas.	Head (2005); Johannessen; Solem (2002); Jabnoun; Sahraoui (2004); Monczka et al. (2002)

Quadro 6: Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas
Fonte: Adaptado de Kim (2007)

Verifica-se ao analisar o Quadro 6, a descrição dos principais parâmetros utilizados por Kim (2007): a posição estratégica e a abrangência de controle da logística, para assim identificar os tipos de estruturas organizacionais das atividades logísticas na sua pesquisa. Os resultados permitem ser encaixados nas fases apresentadas nesse estudo: Fase Zero, encontram-se 33,6% das empresas pesquisadas com estrutura fragmentada da logística; Fase I, 46,6%, com estrutura funcional (32,6%) e estrutura matricial (14%); Fase II, os 19,8% restantes, com estrutura por processo e equipe (8,2%) e estrutura integrada da logística (11,6%).

Bowersox et al. (1992; 2007) destacam que, a evolução organizacional dos estágios da logística são graduais e lentos, devido à complexidade das atividades da logística e da cultura arraigada na hierarquia burocrática. Expõem que a adaptação da estrutura organizacional nas organizações para a integração e o melhor desempenho das atividades logísticas, é inevitável.

3.3 Atividades logísticas

"A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará a seu tamanho original."
Albert Einstein

Apresentado o conceito de logística e sua evolução organizacional, é necessário ressaltar quais são as atividades logísticas, para se ter claro e facilitar na identificação do estágio organizacional da logística. Destaca-se que as atividades logísticas variam de empresa para empresa, dependendo da estrutura organizacional em particular, das diferenças de opiniões sobre o conceito de logística e do seu grau de importância adotado (BALLOU, 2001).

Ross (1998) propõe as atividades logísticas divididas em quatro grupos:

1. **Logística a montante** (*inbound logistics*): inclui as projeções de vendas, planejamento de estoques, aquisições e o transporte à fábrica;

2. **Atividades de processamento:** incluem a produção, o processamento para agregar valor, a gestão de estoques de produtos semi-acabados e armazenamento de produtos acabados;

3. **Logística a jusante** (*outbound logistics*): refere-se na gestão de estoques de produtos acabados, pedidos dos clientes e o transporte interno e ou externo das organizações;

4. **Atividades de apoio:** são o planejamento e controle do sistema logístico (informações de custo e desempenho) e a engenharia logística.

Para Ballou (2001; 2006b), as atividades logísticas podem ser desdobradas em:

1. **Atividades-chave:**

- Serviços ao cliente padronizados: cooperam com o marketing para determinar às necessidades, os desejos, as reações dos clientes aos serviços logísticos, e estabelecer os níveis de serviços ao cliente, isto é, estabelecer a qualidade dos serviços e o índice de agilidade com os quais o sistema logístico deve reagir;
- Transportes: agrega valor de local aos produtos e serviços; refere-se à seleção do modal, de serviço de transporte, do equipamento, da movimentação das matérias-primas ou produtos acabados, da consolidação de fretes, da determinação de roteiros, da programação de veículos, do processamento das informações e da auditoria de frete;
- Administração de estoques: agrega valor de tempo; trata das políticas de estocagem dos materiais, das estratégias de *just-in-time*, de empurrar e de puxar; da previsão de vendas a curto prazo, do número, tamanho, localização e variedade de produtos dos pontos de estocagem
- Fluxo de informações e processamento de pedidos: trata da atividade que desencadeia a movimentação dos produtos e serviços de entrega; são os procedimentos de interface entre pedidos de compra e estoque, métodos de transmissão de informações sobre pedidos, e suas regras.

2. **Atividades de suporte:**

- Compras: trata da seleção dos fornecedores, do momento e da quantidade das compras;
- Armazenagem: determina o espaço, o *layout* do estoque, do desenho das docas, a configuração do armazém e a localização do estoque;
- Manuseio de materiais: referem à seleção, as normas de substituição dos equipamentos; os procedimentos para seleção dos pedidos, para alocação e recuperação de materiais;

- Embalagens protetora: projetadas para manuseio, estocagem, proteção contra perdas e danos;
- Manutenção de informação: são os procedimentos de controle, as coletas, armazenagem, manipulação e análise de dados e informações;
- Cooperar com a produção/operações: programa suprimentos para a produção, específica as quantidades agregadas, as sequencias e tempo do volume de produção.

Segundo Ballou (2001; 2006b), as atividades logísticas são divididas desta forma, porque as atividades-chave, normalmente, ocorrem em todos os canais de logística, enquanto que as de suporte ocorrem de acordo com as circunstâncias em particular de uma organização. As atividades-chave contribuírem em maior grau com o custo logístico total e são essenciais à coordenação eficaz e à conclusão da missão logística. Já as atividades de suporte podem não fazer parte do composto de ações logísticas de todas as empresas, por exemplo: automóveis ou *commodities* como carvão e brita, por não exigirem proteção contra condições do clima ou de armazenagem, não ficarão dependentes da atividade de armazenagem, mesmo quando forem mantidas em estoque, contudo, a armazenagem e a manuseio dos materiais são praticados quando os produtos enfrentam suspensão temporária ao mercado. Na Figura 8, o autor busca distribuir essas atividades na cadeia de suprimentos da organização.

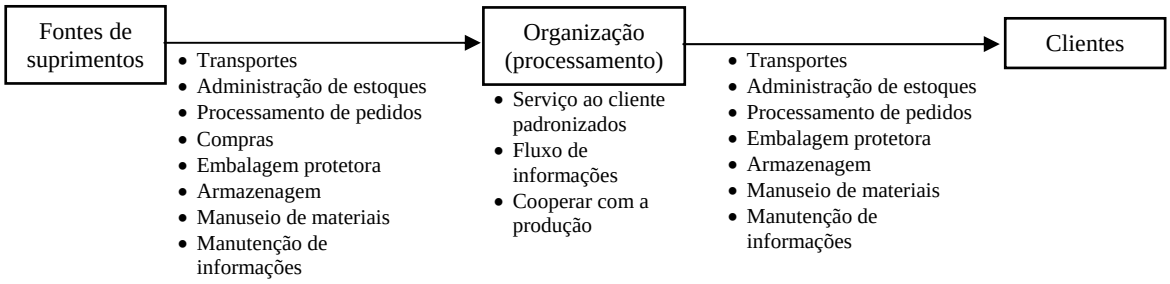


Figura 8: Atividades logísticas em uma cadeia de suprimentos
Fonte: Adaptado de Ballou (2001)

Bowersox e Closs (2009) propõem para melhor compreensão as atividades ou operações logísticas divididas sob três áreas (Figura 9):

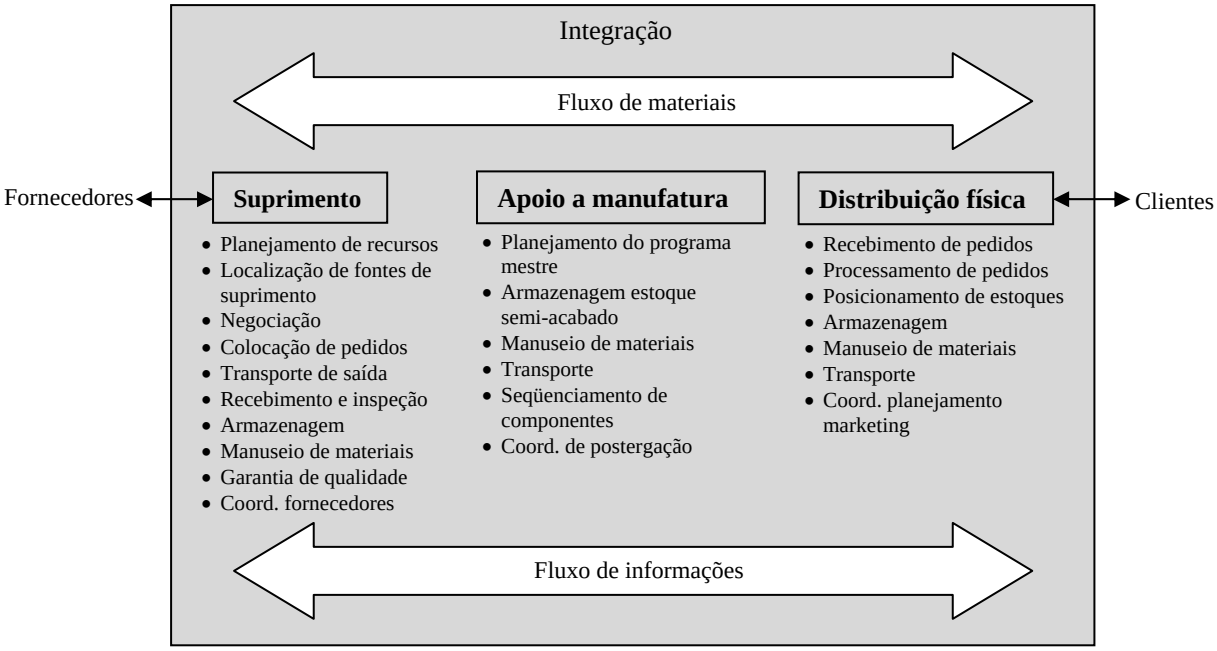


Figura 9: Atividades logísticas integradas
Fonte: Adaptado de Bowersox e Closs (2009)

1. **Suprimento**: inclui a execução do planejamento de recursos, localização de fontes de suprimento, negociação, colocação de pedidos, transporte de saída, recebimento e inspeção, armazenagem, manuseio de materiais, garantia de qualidade, responsabilidade de coordenação com fornecedores em áreas como programação, continuidade de suprimento, pesquisa de novas fontes de suprimento;

2. **Apoio a manufatura**: são o planejamento do programa mestre, armazenagem do estoque semi-acabado, manuseio, transporte e sequenciamento de componentes, responsabilidade pela flexibilidade de coordenação de postergação, tanto de montagem final quanto geográfica, entre operações de produção e distribuição física;

3. **Distribuição física**: refere-se ao recebimento e processamento de pedidos, posicionamento de estoques, armazenagem, manuseio, transporte dentro de um canal de distribuição, e responsabilidade pela coordenção com o planejamento de marketing em áreas como formação de preços, apoio promocional, padrões de entrega, níveis de serviço ao cliente, manuseio de mercadorias devolvidas e apoio ao ciclo de vida.

Verifica-se que no âmago das visões, os autores Ross (1998), Ballou (2001; 2006b), Bowersox e Closs (2009), se assemelham quanto à distribuição das atividades logísticas em três grupos: primeiro – logística a montante, fontes de suprimento e suprimento; segundo – atividades de processamento, processamento e apoio a manufatura; e terceiro – logística a

jusante, clientes e distribuição física. Mas o autor que o trabalho se norteará para descrever as atividades logísticas hospitalares do fluxo de materiais será Ballou (2001; 2006b), por possibilitar um desdobramento amplo e menos focado em operações logísticas de manufatura, podendo adaptar conforme as peculiaridades da organização.

Segundo Stock, Greis e Kasarda (1998), há a necessidade de considerar duas categorias de mensuração de desempenho para adaptar as atividades logísticas a realidade de qualquer organização: as medidas internas, que são sob o controle da empresa, fornece uma indicação direta dos efeitos do relacionamento entre estratégia, estrutura organizacional e a integração da logística; e as medidas externas, que refletem a avaliação dos fatores fora dos limites da organização, tais como: a parte de mercado, rentabilidade do investimento, crescimento das vendas entre outros.

Cristopher (2001) e Bowersox, Closs e Cooper (2007) observam que uma boa gestão e estruturação do sistema logístico administrado com esforço integrado para atingir a satisfação do cliente possibilitam benefícios, como: maior coordenação dos fluxos físicos e de informações, redução dos custos totais, maior confiabilidade na entrega, agilidade, flexibilidade, qualidade, e agregação de valor ao produto/serviço oferecido, sendo tal valor percebido pelos clientes. E, tais percepções destes benefícios são constatadas principalmente em produtos intangíveis, como no caso de prestação de serviços: hospitais, hotéis, restaurantes etc (BIENSTOCK, 2002).

3.4 Influências da estrutura organizacional na logística integrada

"É mais fácil desintegrar um átomo que um preconceito."
Albert Einstein

As atividades logísticas no estágio de integração por processos, ou simplificando logística integrada, sofrem influência dos componentes organizacionais, dos fatores contingenciais e, consequentemente, da estrutura organizacional, como alguns autores destacam a seguir.

Bowersox e Daugherty (1995), Bowersox et al. (2006), Galunic e Eisenhardt (1994) descrevem que à medida que as organizações passam pelos estágios organizacionais da logística, a frequencia é que os níveis hierárquicos diminuam, e quanto mais horizontal os níveis hierárquicos, melhor para a logística integrada controlar e coordenar de forma ágil os fluxos de materiais e de informações.

O grau de formalização e centralização também tende a diminuírem conforme a evolução da logística, além de ter importantes influências no desempenho da organização e

nas melhores práticas adotadas para as atividades logísticas (BOWERSOX; DAUGHERTY, 1995). Segundo Hage e Aiken (1970), a centralização pode ter uma influência negativa sobre a inovação. Kim (2007) acrescenta que a centralização e a formalização demasiadas inibem a integração, a inovação, a geração de conhecimento e a flexibilidade das atividades logísticas, mas observa que é inevitável algum grau de controle e comunicação formalizado, para o bom resultado da logística integrada.

Bowersox e Daugherty (1995), Galunic e Eisenhardt (1994) salientam que um grau maior de formalização e centralização promovem um bom desempenho quando foca a administração de custos e a coordenação do cruzamento das funções no interior da empresa, mas quando descentralizada e informal é apropriado para estabelecimento de avançadas habilidades tecnológicas, inovações e disseminação de conhecimento.

Para Moreno-Luzon e Peris (1998), quanto maior o nível de flexibilidade exigida pela organização para adaptar ao ambiente organizacional e ou inclinada à inovação, menor é o nível de formalização. Em outras palavras, reduz o grau de padronização em que as tarefas, o trabalho e suas relações são realizadas nas organizações (DAUGHERTY et al., 1992; MOLLENKOPF et al., 2000).

De acordo com Bowersox et al. (2007), tanto os objetivos, quanto as estratégias devem ser formulados com a participação de todos os envolvidos na organização, pois além de trocar e gerar conhecimento, os funcionários ficam motivados, sabem o que se esperam deles, o que devem buscar atingir e como, promovendo maior integração e melhor gestão da organização e da logística. Os autores complementam que é fundamental os recursos humanos ter habilidades multifuncionais, que integrem sinergicamente as atividades logísticas com o todo da organização, para o desenvolvimento de inovações, conhecimento, agilidade de respostas e a obtenção de outros benefícios da logística integrada.

Bowersox e Daugherty (1995) destacam que o nível de sofisticação da tecnologia exerce um impacto na escolha da estrutura organizacional, dado o papel crucial da informação e do conhecimento no mecanismo de configuração e das necessidades de habilidades dos recursos humanos. O elevado dinamismo da tecnologia é fator importante para alcance dos benefícios logísticos, logo melhor desempenho organizacional (BALLOU, 2006b; BOWERSOX et al., 2007). Os executivos estão aprendendo a utilizar a tecnologia de informação para proporcionar uma comunicação rápida, precisa e mais horizontal, que permita elaborar soluções logísticas únicas e inovadoras (BOWERSOX; CLOSS, 2009).

Para Germain et al. (2008), o ambiente organizacional deve ser levando em consideração ao modelar a estrutura organizacional para minimizar a variabilidade da logística integrada, que trata-se da inconsistência nos fluxos de materiais e informações desde o início até o final da cadeia de suprimento. Precisa-se levar em consideração que quando o ambiente for estável o controle formal favorece a melhores resultados financeiro e inibi essa variabilidade, mas quando o ambiente for instável somente a integração das áreas funcionais com flexibilidade e controle dos processos logísticos e da GCS torna isso possível. Conforme Germain et al. (2001), quanto mais consistente e reduzido a variabilidade da logística integrada, mais produtivo se torna os processos e com maior valor agregado, implicando em custos baixos e melhor desempenho financeiro.

De acordo com Waterman et al. (1980), em ambientes organizacionais complexos e instáveis, uma organização bem sucedida pode fazer mudanças nas estruturas organizacionais temporariamente para realizar tarefas estratégicas específicas sem deixar as estruturas básicas da organização. Por exemplo: pode manter sua estrutura organizacional tradicional (funcional, divisional, matricial etc.), e criar paralelamente equipes ou centros de projetos adicionais para desenvolver um processo/atividade ou produto/serviço estratégicos, para um foco no mercado, que serão desfeitas após atingir o objetivo.

O tamanho e a idade da organização também influência na logística, quando pequenas são mais ágeis nas respostas e possuem capacidade de desenvolver produtos/serviços personalizados, mas quanto mais velha e maior, mais formalizado e complexo é seu arranjo organizacional com diversos níveis hierárquicos, prejudicando a integração da logística, mas em contrapartida, possuem vantagens de flexibilidade das atividades logísticas quanto alcance do posicionamento geográfico e força de penetração em novos mercados (GALBRAITH; LAWLER III, 1995a; MINTZBERG et al., 2006).

Bowersox, Closs e Stank (1999), Stock e Lambert (1992) ressaltam que a excelência logística ou a gestão das melhores práticas tem sido objeto de estudo de diversas pesquisas, que mostram que para atingir esta excelência depende de diversas variáveis, como: dar ênfase no planejamento, nas estratégias para alcançar os objetivos desejados, no monitoramento de desempenho, nos treinamentos dos recursos humanos e nas suas capabilidades; no contínuo investimento em tecnologias, na formalização com reconhecimento das diferentes atividades logísticas integradas, e no desenvolvendo de relacionamentos cooperativos com clientes, fornecedores e prestadores de serviço, tendo todas essas variáveis como pontos essenciais para criar, entender e responder aos requisitos e às necessidades dos clientes. Stock, Greis e

Kasarda (1998) observam que a escolha da estrutura organizacional é outra variável que influencia nas melhores práticas da logística, a um melhor resultado ou não, dependendo das combinações escolhidas e da realidade da empresa.

Algumas organizações perceberam uma maior eficiência resultante de uma boa gestão da logística, assim iniciaram uma ênfase na integração por processos e com foco em maior valor agregado aos produtos/serviços oferecido aos clientes. Na busca de modificar as estruturas organizacionais para atingir aos benefícios da logística, acomodar e explorar o potencial estratégico que a tecnologia da informação vem proporcionando para facilitar isso, começaram a colocar menos ênfase na criação tradicional das estruturas hierárquicas de comando e controle. As organizações estão cada vez mais cientes da necessidade da gestão eficaz do tempo, da compreensão de todo o ciclo, desde o início do processo do produto até ao cliente final (BOWERSOX; DAUGHERTY, 1995).

McGinnis e Kohn (1990) acreditam que o tempo é um elemento importante da estratégia logística, que exige a gestão integrada das atividades logísticas criarem capabilidades e adaptações para realização das operações em tempo hábil desejado pelos clientes. Bowersox et al. (1989) e Kim (2007) descrevem outros elementos logísticos que podem ser focados de forma especifica ou ampla pelas organizações, como: o custo total das atividades logísticas e da GCS; a qualidade dos produtos/serviços e de todo o sistema logístico; a flexibilidade; a produtividade; o desempenho das entregas; e o foco no cliente ou mercado. Segundo Stock, Greis e Kasarda (1998), com as rápidas mudanças e pressões competitivas as organizações estão sendo obrigadas a olhar simultaneamente o nível de desempenho de múltiplos elementos logísticos.

Para Bowersox e Closs (2009) a integração da logística nas estruturas organizacionais da organização são lentas e gradativas, sua implementação não é pacífica, existem obstáculos ou barreiras que frequentemente inibem o processo de integração interna. Essas barreiras originam-se de práticas tradicionais relativas às estruturas organizacionais, que são desdobradas em:

- seus sistemas de avaliação, por analisar suas funções específicas em vez do processo como um todo;
- sua tecnologia de informação, que é um recurso chave a integração, mas que geralmente são criados com base na estrutura organizacional. Os vários bancos de dados são limitados a funções específicas e o acesso interfuncional a eles não é

tarefa fácil, sendo mais uma barreira a integração do processo logístico devido o não compartilhamento de dados vitais em tempo hábil;

- sua propriedade do estoque, a abordagem tradicional visa manter um suprimento adequado para se ter tranqüilidade e oferecer uma proteção em face da incerteza operacional e da demanda, com disponibilidade de estoque para dar apoio a longas corridas de produção que resultem em economia de escala ou na formação de estoque em mercados locais para facilitar as atividades de vendas. Deve levar em consideração a relação custo/benefício e os riscos de obsolescência ou de localização incorreta; e
- a capacidade de transferir conhecimento, as deficiências no processo de transferência de conhecimento ou de informações costumam fomentar um enfoque funcional, que leva ao desenvolvimento de uma força de trabalho composta de especialistas. Essas deficiências também podem criar uma barreira para a manutenção do nível de integração quando um funcionário experiente sai ou se aposenta, não possibilitando ao funcionário substituto as condições necessárias de aprender com o funcionário experiente. A situação se agrava quando a organização não desenvolve procedimentos e sistemas para a transferência de conhecimento entre funções, sendo difíceis de padronizarem.

A estrutura organizacional tradicional prejudica a implementação de qualquer processo interfuncional, por normalmente dividir a autoridade e a responsabilidade conforme o enfoque funcional, reunindo todas as pessoas relacionadas com a execução de um trabalho específico em um departamento, como controle de estoque, armazenagem ou transporte. Cada uma dessas áreas é responsável por alcançar sua própria excelência funcional, sendo que o objetivo da integração é a cooperação entre as áreas funcionais, e a estrutura organizacional estritamente formal pode constituir uma barreira ao sucesso da integração. A convicção geral, é que as áreas funcionais se combinem para criar um desempenho global melhor, isso requer que os executivos transponham a estrutura organizacional tradicional e adotem a coordenação interfuncional, que pode ou não significar a criação de uma nova estrutura organizacional ou uma configuração híbrida, mas que no essencial vise uma reestruturação ou modificação na forma como lidam com as questões interfuncionais, objetivando a integração bem-sucedida do processo logístico (BOWERSOX; CLOSS, 2009).

Bowersox e Daugherty (1995) salientam que as estruturas organizacionais serão renovadas tantas vezes quantas as necessárias para acomodar o tempo de execução e os custos totais, com base nas estratégias, objetivos organizacionais e nas ligações mais estreitas com parceiros externos da cadeia.

Kim (2007) relata a dificuldade de apresentar um tipo de estrutura organizacional que promova melhor desempenho a logística integrada, por serem áreas não reconhecidas claramente como funções de importâncias dentro das organizações, ao contrário de vendas, marketing e produção, por exemplo. Apesar disso, Bowersox et al. (1986; 2007) observam que a estrutura organizacional pode ser prejudicial ao desempenho das atividades logísticas integradas, no seu extremo mais alto de formalização, centralização e hierarquização, ou ao contrário, sendo necessário balancear e criar um sistema híbrido, que amplie a possibilidade de melhor gestão, integração, agilidade e flexibilidade, pois os elementos logísticos mais cogitados são o tempo e o custo. Johnson e Leenders (2006) concordam que a estrutura organizacional híbrida apóia melhor a gestão logística integrada, principalmente de uma grande organização.

Kim (2007) sugere que talvez o ideal para as atividades logísticas seja equilibrar a estrutura funcional com a de processos e equipes, pois um departamento independente de logística integrada, com as atividades claramente estabelecidas pode reduzir a ambigüidade e os conflitos interdepartamentais, controlar e reforçar a importância estratégica da área, visualizar e planejar as melhores práticas e desempenho quanto a custo, qualidade, tempo de entrega e agregação de valor aos produtos/serviços. Enquanto a estrutura por processo e equipe é mais eficiente em ajustar a coordenação e integração interna/externa, trabalhar com o fluxo de informações, promover inovação e conhecimento.

Essa busca por uma estrutura organizacional híbrida ou uma nova configuração para atender a melhor gestão da logística integrada, destaca a necessidade das organizações buscarem conhecimento constante de sua realidade, ponderando os prós e contras de cada estrutura organizacional existente e que pode vir a ser desenvolvida. Para Drucker (1998; 1999), a organização deve estar sempre alerta no seu negócio, nos primeiros sinais que vem a surgir de obsolescência, nos valores, nas experiências e contextos historicamente transmitidos, que se desenvolveu e que talvez não sejam mais suficientes. Há necessidade da organização ter embutido em seus conceitos gerenciais monitoramento sistemático de sua realidade, para gerar um diagnóstico precoce, refletir e tomar providências efetivas para mudar suas estruturas organizacionais, políticas e práticas, adequando à nova realidade do ambiente, às

necessidades do mercado, às novas competências essenciais a serem desenvolvidas e adquiridas.

Porter (1996) argumenta que as organizações devem medir constantemente seu desempenho para atingirem as melhores práticas, conseguirem nutrir suas competências básicas, manterem a frente de seus concorrentes, serem flexíveis e responderem rapidamente às mudanças do mercado. Segundo Galbraith (1974), quanto maior a incerteza das atividades do ambiente organizacional e das mudanças tecnológicas, maior a necessidade de obter e processar as informações para cada nível de desempenho determinado, para assim aumentar a capacidade de planejar e reduzir o número de acontecimentos excepcionais, sendo um ponto limitante para a configuração da estrutura organizacional, a flexibilidade de adaptação para lidar com eventos não-rotineiros, que não podem ser previstos ou antecipados.

De acordo com Pereira (2000) e Peters (1993), pressões ou distúrbios do ambiente organizacional podem acelerar o processo de mudanças das estruturas organizacionais, das estratégias, da tecnologia, das relações humanas, dos produtos, dos modelos de gestões e dos valores, para adaptação da organização. Entretanto, não são ideais mudanças bruscas e radicais, é necessário um processo multinível e interativo com todos os envolvidos na organização, para que se obtenha um resultado competitivo e lucrativo.

4 Organizações hospitalares

"A saúde não tem preço, mas tem um custo."
Anônimo

No Brasil existem 7.685 hospitais, sendo que 36,6% são públicos, 22,5% são filantrópicos, 38,5% são privados e 2,4% são universitários e de ensino (detalhes ver ANEXO A - DATASUS, 2008). Independente do tipo de prestador, as organizações hospitalares precisam ter uma boa gestão para reduzir gastos desnecessários, otimizar seus processos e atividades, obter resultados financeiros que possibilite sua sustentabilidade e promova serviços de qualidade aos seus usuários.

O quarto capítulo visa apresentar as organizações hospitalares: seu conceito, suas características, suas classificações, alguns requisitos para credenciamento de hospital universitário e de ensino e as diferenças em relação aos demais, a estrutura organizacional dos hospitais, sugestões encontradas na literatura hospitalar para proporcionar melhor desempenho ao arranjo organizacional e a gestão, e finaliza-se com a logística no ambiente hospitalar.

4.1 Conceito, características e classificações

Os hospitais, de modo geral, são instituições que fazem parte integrante de um sistema coordenado e estruturado da saúde, que sofrem influências, intervenções e regulamentações governamentais. Recebem doentes gratuitos e ou contribuintes, tendo a função de servir à comunidade promovendo a saúde com completa assistência médica, preventiva, terapêutica e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio, além de existir alguns que se credenciam para desenvolver um centro universitário e de ensino, com práticas e pesquisas no campo da saúde, na busca de melhor qualidade e aprimoramentos para satisfazer às necessidades dos usuários (ALMEIDA, 1983; LIMA GONÇALVES, 1989; MIRSHAWKA, 1994).

As organizações hospitalares possuem como características relevantes: demanda e dependência das necessidades alheias ao desejo dos pacientes; as variabilidades das demandas são frequentes; o tempo de demanda e atendimento normalmente é curto; os serviços e tratamentos são personalizados a cada paciente; há tolerância mínima a ambiguidade e erros na prestação de serviços; há alto grau de especialização; boa parte dos membros da organização são extremamente profissionalizados, e são mais leais à profissão do que à organização; exige-se a participação de uma equipe multidisciplinar desde a sua construção

até a operacionalização dos serviços; a definição e a mensuração dos resultados são difíceis; existe pequeno controle sobre os funcionários, principalmente sobre os grupos de profissionais (clínico/enfermagem) e sobre os pacientes; o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder, em relação a outras organizações; a estrutura pode ser considerada colegiada, mais de uma linha de autoridade; as atividades são consideradas complexas, com pouca padronização e de alto risco; um especialista mal preparado pode ocasionar sérios danos ao paciente (até a morte), e ou também uma má gestão da área de administração de materiais, que ocasione faltas nos estoques pode acarretar danos irreparáveis; há necessidade de uma capacidade de organização e de gestão enormes, para controlar o grande fluxo de informações, materiais e pessoas que circulam nesse ambiente (AZEVEDO, 1995; FERNANDES, 2002; MACHLINE et al., 1983; NETO, 2005).

Langabeer II (2007) acrescenta que os hospitais são administrados em grande parte por profissionais que não possuem treinamento formal em gestão de negócio, ao contrário de outras organizações que primam profissionais educados e treinados em gerenciar, que conheçam claramente os aspectos e peculiaridades a serem consideradas no negócio, com foco de mensuração de desempenho tanto de qualidade, quanto financeiro, valor econômico, custos totais, valor agregado entre outros.

O sistema de saúde divide a assistência de atenção a saúde em três grandes eixos (Figura 10): a atenção primária, voltada à promoção da saúde, a prevenção e às doenças mais comuns nas especialidades básicas, onde a capacitação do pessoal apresenta-se em uma formação mais abrangente e geral, há menor grau de incorporação tecnológica, exemplo: aparelhos básicos de raios X; a atenção secundária visa o atendimento ambulatorial e hospitalar às especialidades originárias (pediatria, gineco-obstetricia, oftalmologia, clínica etc.), incorporando equipamentos com um grau intermediário de inovação tecnológica, tais como: ecocardiograma, aparelhos para endoscopia etc.; e a atenção terciária, atende às situações de maior complexidade, necessitando de profissionais com formação especializada mais intensiva até superespecializada (neurociruigia, cancerologia, nefrologia pediátrica etc.), concentra equipamentos com alta tecnologia, como ressonância magnética, pet scan etc. (TEIXEIRA et al., 2009).

Figura 10: Pirâmide de atenção à saúde
Fonte: Teixeira et al. (2009)

Segundo Borba (1989), os hospitais podem ser classificados quanto:

- sua finalidade, com ou sem fins lucrativos;
- suas fontes de receitas, basicamente duas: públicas (provém do SUS – Sistema Único de Saúde; e ou doações) e privadas (provém de pacientes particulares por meio de pagamento de serviços prestados, seguro saúde e de convênios com cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de administração e de autogestão – programa mantido pelas empresas para benefícios de seus funcionários, assumem diretamente a organização e a operação de todos os procedimentos necessários);
- sua natureza de assistência: gerais – atende pacientes portadores de doenças das mais variadas especialidades médicas, podendo ser limitado a um grupo etário (ex. hospital infantil), a uma determinada camada da população (ex. hospital militar, previdenciário), ou com finalidade específica (hospital de ensino); especializado – atende pacientes portadores de uma doença específica (ex. hospital do câncer); além dessas duas naturezas Castelar (1995) destaca as unidades mistas que são mais voltadas ao atendimento ambulatorial, agendado ou não, e que contam com um setor de atenção hospitalar, com poucos leitos, que realiza internações nas áreas básicas; o Ministério da Saúde em “Padronização da nomenclatura do censo hospitalar 2002” apresenta o hospital-dia como uma natureza de assistência, no qual os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada para fins de tratamento e ou reabilitação, permanecendo durante o dia ou parte, sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite (BRASIL, 2002a);
- sua propriedade, manutenção e controle podem ser: governamentais que cabe diretamente ou indiretamente a administração pública (federais, estaduais, municipais); ou particulares que são mantidos por instituições particulares ou de direito privado (filantrópicos e beneficentes);

- procedimentos do corpo clínico: fechado – possui um corpo clínico efetivo, não sendo permitido a outros médicos trabalharem nos seus serviços, exceto em casos especiais ou por cortesia; aberto – não dispõe de corpo clínico efetivo, permitindo qualquer médico a prestação de serviços; misto – quando associados às duas formas.

O Glossário de 2004 do Ministério da Saúde apresenta uma classificação quanto ao porte dos hospitais ou a capacidade/lotação (BRASIL, 2004):

- pequeno porte: capacidade de até 50 leitos;
- médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos;
- grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos;
- capacidade extra ou especial: acima de 500 leitos.

O porte dos hospitais também pode ser classificado, segundo a Coordenação de Fiscalização Sanitária com base na Lei 3.521 de 27/12/2000 artigo 1º inciso VIII - Saúde (Portaria SUAR nº 45, de 29/12/2008 - Publicada em 31/12/2008), quanto à receita bruta anual no exercício anterior, valores de taxas estaduais para exercício de 2009 (BRASIL, 2008):

- pequeno porte: maior que R$ 244.000,00 e inferior a R$1.200.000,00;
- médio porte: maior que R$1.200.000,00 e inferior a R$ 24.000.000,00;
- grande porte: superior a R$24.000.000,00.

Em virtude da grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no País, vinculadas ao SUS, e da necessidade de estabelecer políticas e planejamento de ações na área hospitalar, que sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu a Portaria nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002, para classificar e caracterizar quanto ao porte dos hospitais, considerando grau de complexidade de sua gestão, nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial. Assim estabelece a análise de um conjunto de elementos que permiti identificar as semelhanças para estabelecer uma classificação, que se dará segundo seu enquadramento nos portes I, II, III e IV, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada porte (Tabela 1), sendo necessário no mínimo 1 ponto e no máximo 27 pontos (BRASIL, 2002b).

Tabela 1: Elementos para classificação dos hospitais

Pontos por item	**A** Nº de leitos	**B** Leitos de UTI	**C** Tipo de UTI	**D** Alta comple-xidade	**E** Urgência Emergência	**F** Gestão de alto risco	**G** Salas cirúr-gicas	**Pontos Totais**
1 ponto	20 a 49	1 a 04	-	1	Pronto atendimento	-	Até 02	Mínimo 1
2 ponto	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de urgência/ emergência	Nível I	De 03 a 04	
3 ponto	150 a 299	10 a 29	-	3	Referência Nível I ou II	Nível II	De 05 a 06	Máximo 27
4 ponto	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-	Acima de 07	
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	

Fonte: Adaptado de Brasil (2002b)

A avaliação e enquadramento dos hospitais para a classificação hospitalar ocorrem de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos para os elementos/colunas:

- coluna A - Número de leitos cadastrados: será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, contratados ou não pelo SUS;
- coluna B - Leitos de UTI: será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;
- coluna C - Tipo de UTI: será considerado o cadastramento de UTI no SUS 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;
- coluna D - Alta Complexidade: 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, o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

- coluna E - Urgência/Emergência: 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;
- coluna F - Gestação de Alto Risco: 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;
- coluna G - Salas Cirúrgicas: será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

Os hospitais que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastrados em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadrados como Unidades de Hospital-Dia. Já os que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no DATASUS, 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 Secretária de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas unidades. Ou caso realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria e tratamento da AIDS, serão enquadradas, para fins de classificação hospitalar, no Porte I.

De acordo com Camilleri e Callaghan (1998), Lima Gonçalves (1998), para melhor compreender uma organização hospitalar é necessário buscar grande conhecimento e analisar com cautela e acuidade a composição dos diversos grupos que fazem parte do seu ambiente

organizacional, seu tipo de representatividade e repercussão dentro da comunidade, suas características e classificações básicas, sua gestão e forma organizacional.

4.1.1 Hospital universitário e de ensino

O hospital universitário e de ensino possuem complexidade maior do que a de outros tipos de hospitais, e pode ser diferenciado dos demais por (LUZ, 2007; MEDICI, 2001; ZUCCHI et al., 1998):

- precisar ser credenciado como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes;
- desenvolver atividades de capacitação de recursos humanos, por sua inserção na atividade universitária, que envolve docência, educação, pesquisa e extensão, relacionada ao tipo de atendimento médico;
- atrair alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde;
- prover conhecimento científico e treinamento prático na área de saúde;
- gerar novos conhecimentos e instruções revertidos em benefícios da população;
- proporcionar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário);
- exercer papel fundamental na triagem de equipamentos e nas novas tecnologias desenvolvidas no Primeiro Mundo, e que são utilizados por todo o sistema de saúde do País;
- exercer um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos, além de contribuir efetivamente para ações criativas e integradoras no âmbito das políticas de Estado para a saúde e educação;
- sua função básica deveria ser a prestação de serviços de alta complexidade e tecnologia, pois é um desperdício de recursos utilizarem estruturas pensadas para serviços básicos, mas acabam atendendo a todos os níveis de atenção;
- são hospitais caros, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento. Os motivos que levam a estas despesas altas são por utilizarem alta tecnologia, envolverem ensino e pesquisa, além de atenderem a todos os níveis de atenção o que ajuda a encarecer o sistema por correr o risco de encaminhar os pacientes para níveis de complexidade assistencial maiores e mais caros que os necessários;

- respondem por uma atenção médica basicamente curativa, havendo pouca preocupação com a prevenção.

Os hospitais universitários e de ensino são certificados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde através do credenciamento estabelecido pelas Portarias Interministeriais, sendo a última atualização a Nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Alguns requisitos para esse credenciamento são (BRASIL, 2007):

- as unidades hospitalares precisam estar inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- que sirvam de campo para a prática de ensino e pesquisa em atividades curriculares na área da saúde, como hospitais gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior - IES, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com IES;
- que as diretrizes curriculares na área de saúde contemplem, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe;
- a certificação dos hospitais de ensino é de competência conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio de uma Comissão de Certificação, constituída de forma paritária. Com validade de dois anos, devendo ser renovada, e pode ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumprida qualquer das disposições estabelecidas na Portaria;
- os hospitais de ensino certificados ficam obrigados a atualizar, regularmente, o sistema de informações mantido conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde;
- abrigar formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação *stricto sensu* devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

- abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de residência médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando o número mínimo de vagas por leitos (até 50 leitos – 10% de vagas do total de leitos; de 51 a 150 leitos – 6%; de 151 a 500 leitos – 4%; mais de 500 leitos – 2%);
- garantir acompanhamento diário por docente para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da residência médica;
- dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino, de pesquisa e de projeto institucional próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias;
- dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula, recursos audiovisuais, acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da residência médica;
- ter constituídas, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a instituições hospitalares (comissão de documentação médica e estatística, comissão de ética, de mortalidade materna e de mortalidade neonatal, de controle de infecção hospitalar, de óbitos, de revisão de prontuários etc.);
- desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos;
- dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;
- participar das políticas prioritárias do SUS e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica;
- dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao SUS (os hospitais públicos devem assumir o

compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100%, num prazo de dois anos);

- regular e manter sob a regulação do gestor local do SUS (normas operacionais vigentes) os serviços conveniados ou contratados;
- estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência loco - regional, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002; entre outros requisitos.

Para cumprir esses requisitos os hospitais pleiteantes realizam diversas etapas, entre elas, contatos com todas as coordenações e setores da organização para reunir as informações necessárias, e prepararem-se para a visita dos agentes certificadores ligados aos Ministérios (normalmente dois professores representando a Secretária de Ensino Superior e dois técnicos do Ministério da Saúde). Esses requisitos definem quais adequações devem ser feitas para atingir a qualidade desejada pelos Ministérios da Saúde e Educação, além de robustecer o caráter fundamental que os hospitais universitários e de ensino exercem na formação do profissional de saúde, a fim de garantir maior qualidade na execução das atividades de saúde, na inserção das políticas prioritárias do SUS, no comprometimento com a formação de recursos humanos e o desenvolvimento da pesquisa.

4.2 Estrutura organizacional dos hospitais

"Os chineses escrevem a palavra 'CRISE' com dois caracteres – um deles representa perigo, o outro, oportunidade."

Anônimo

Um dos determinantes organizacionais importantes no hospital é o arranjo organizacional (LIMA GONÇALVES et al., 2009), que historicamente sua evolução no Brasil sofreu influência das Obras de Misericórdia fundadas em Portugal no século XV, que originaram a Irmandade das Santas Casas de Misericórdia (BORBA, 1991). Assim o primeiro formato de estrutura organizacional, herdado do modelo português da Santa Casa de Misericórdia, foi à estrutura funcional, tal formatação permanece até hoje em todo país com algumas adaptações as exigências atuais (LIMA GONÇALVES et al., 2009).

Campos (2000) destaca que a tradição de gestão na saúde no Brasil é marcada pela racionalidade gerencial hegemônica, com controle sobre os operadores administrativos, hierarquização, fragmentação do trabalho, centralização do poder e uso da função de supervisão como recurso de regulação e controle do trabalho. Pasche (2009) complementa que

essa tradição gera: sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; estruturação do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica de seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho; a estrutura do poder interno é marcada pelo poder técnico-burocrático, em geral pela classe médica; há diferenças salariais importantes, as condições, regimes de trabalho e as normas administrativas são vivenciadas de forma desiguais.

As estruturas hospitalares diluem o poder dos administradores através de colaboração e decisões colegiadas, que incorporam uma divisão formal e informal do trabalho, sobre três pontos de poder: a direção da organização, a equipe gerencial e o corpo clínico – tradicionalmente o grupo dominante (DENIS et al.,1999). As mudanças são lentas e difíceis, as estratégias são formuladas por consenso (administrativo/médicos) e as estruturas são achatadas na base de assistência a saúde (POWELL; BROCK; HININGS, 1999), vindo a surgir hierarquias paralelas e com alto grau de diferenciação horizontal (corpo médico – democrática) e vertical (equipe de apoio/administrativo – burocrática) (MINTZBERG et al. 2006). Habitualmente nos hospitais brasileiros são utilizadas estruturas organizacionais na esfera funcional, as quais se mostram insatisfatórias pelas constantes mudanças do ambiente organizacional, das necessidades dos clientes, dos processos disponíveis a serem empregados, dos resultados de qualidade e valores desejados (BORBA, 1991; LIMA GONÇALVES, 1998; 2002).

As organizações prestadoras dos serviços em saúde, predominantemente, possuem uma estrutura organizacional errada (PORTER; TEISBERG, 2007). Os hospitais e grupos médicos permanecem com linhas de especialidades acadêmicas tradicionais, agindo como unidades isoladas, com equipes que nunca ou quase nunca se encontram e com informações sem compartilhamento, cada área fica com uma parte da informação, ao invés de construírem unidades práticas que integrem os talentos, as instalações, todo o ciclo de atendimento e administrativo, oferecendo um tratamento superior e com valor agregado aos pacientes. Assim fica difícil desenvolver um serviço de qualidade na percepção dos clientes, atingir a excelência na coordenação e comunicação entre toda a equipe de prestadores, além de obscurecer as informações sobre os resultados e custos gerais de se tratar um paciente (PORTER; TEISBERG, 2006).

Segundo Porter e Teisberg (2006), a estrutura atual do sistema de saúde, normalmente, está a operar de forma a gerar a chamada “competição de soma zero”, os resultados são a falta de geração de valor aos clientes, a corrosão da qualidade, a

disseminação da ineficiência, a capacidade excessiva e a elevação dos custos administrativos, sendo necessário uma mudança de visão dos prestadores de serviços da saúde, dando mais atenção na forma de gestão dos recursos, com foco nos clientes, na melhora da qualidade e no valor agregado aos serviços.

Santos (1999) argumenta que um arranjo organizacional com uma visão eminentemente rígida, não é conveniente para um ambiente organizacional instável, com constantes mudanças, que se encontra na era da informação e comunicação, do mercado global e da economia baseada no conhecimento, além de ser demasiadamente lento e impessoal no cumprimento dos objetivos e necessidades das organizações, que focam nos clientes.

Para começar alguma mudança, as organizações hospitalares precisam conhecer e entender sua estrutura básica (Figura 11): o apoio técnico (serviço de enfermagem, de nutrição e dietética, de fisioterapia, de psicologia); apoio logístico (lavanderia, centro de esterilização de materiais, manutenção, zeladoria, segurança, gestão de resíduos, higiene e limpeza); apoio administrativo (administração financeira, de materiais e suprimentos, almoxarifado, farmácia, administração de recursos humanos, de *marketing*, patrimonial e sistemas); ambulatório (atendimento previamente agendado); serviço de primeiro atendimento (situações imprevistas justificam a dispensa do contato preliminar); internação (atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico); serviços de diagnóstico e tratamento (exames complementares para diagnóstico; definição de datas para retorno); ações básicas de saúde (programas e projetos que visam à promoção de saúde e a prevenção da doença); ensino e pesquisa (LIMA GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

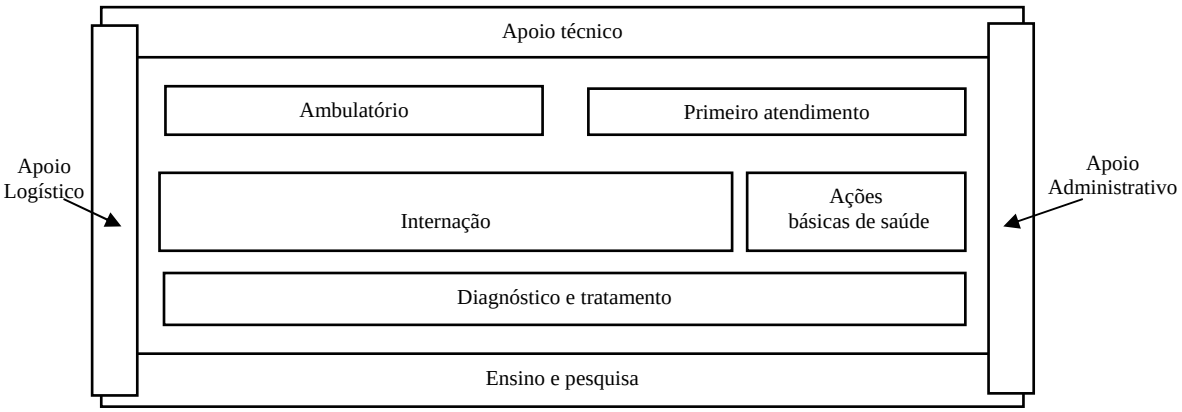


Figura 11: Estrutura básica de uma organização hospitalar
Fonte: Lima Gonçalves e Aché (1999)

Outra forma de apresentar a estrutura básica de uma organização hospitalar pode ser através de uma das cinco configurações de Mintzberg (1995), a estrutura profissional (funcional). O autor, primeiramente, decompõe a organização em cinco partes básicas: ápice estratégico que possui um gerente em tempo integral para gerir todo o sistema; tecnoestrutura, que são os analistas, auxiliares nas tarefas administrativas; equipe de apoio, que são os auxiliares para prover serviços indiretos, desde lanchonete, recepção, segurança etc.; linha intermediária, que refere-se à hierarquia de autoridade entre o ápice estratégico e o núcleo operacional; e núcleo operacional, que são as pessoas que desempenham o trabalho básico. Com o passar do tempo, Mintzberg et al. (2006) perceberam a necessidade de acrescentar mais uma parte, a ideologia, que engloba as tradições, a cultura e as crenças de uma organização, essa divisão em partes visa simplificar a forma de apresentar a estrutura organizacional, complementando por ilustração (Figura 12). Assim, Mintzberg (1995) desenvolveu as cinco configurações de estruturas: estrutura simples, estrutura mecanizada, estrutura profissional, estrutura divisionalizada e adhocracia.

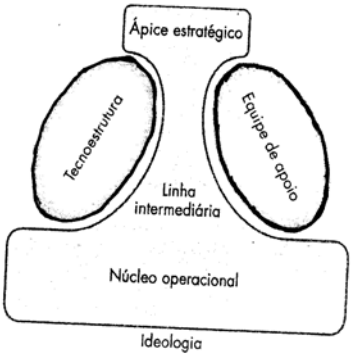


Figura 12: Seis partes básicas de uma organização
Fonte: Mintzberg et al. (2006)

No trabalho será abordada somente a estrutura profissional, por tratar de organizações que o trabalho é realizado por especialistas e outros profissionais de entidade de classe. Tajra (2008) observa que os hospitais são prestadores de serviço em saúde, que são geridos conforme experiências, conhecimentos especializados e informações que as pessoas possuem, e seu desenvolvimento e manutenção estão diretamente ligados ao capital intelectual humano.

Na estrutura profissional (Figura 13) a parte principal é o núcleo operacional, visto que o trabalho predominante passa ser realizado por especialistas, que recebem muito treinamento e doutrinação, tendo controle sobre seu próprio trabalho e atuam relativamente independente de seus colegas, mas bem perto de seus clientes. O mecanismo de coordenação

apóia-se na padronização de habilidades e em parâmetros associados (desenvolvido por associações autogovernadas) para delinear o treinamento. Com isso promove-se descentralização horizontal e vertical, o ápice estratégico tem mínima influencia sobre o trabalho. A tecnoestrutura e a linha intermediária também são mínimas, por haver pouca necessidade de planejamento, supervisão e formalização do trabalho dos profissionais. Já a equipe de apoio é mais elaborada para servir o núcleo operacional, evitando que os profissionais façam trabalhos rotineiros que possam ser formalizados, dado um dos fatos dos especialistas terem altos custos (MINTZBERG, 1995; MINTZBERG, et al., 2006).

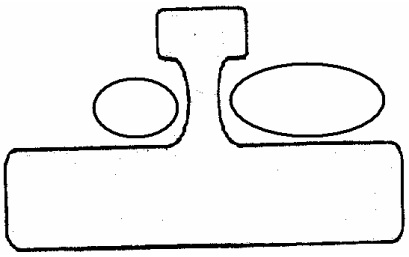


Figura 13: Estrutura profissional
Fonte: Mintzberg et al. (2006)

Com base nessa estrutura a organização hospitalar pode ser exemplificada assim: ápice estratégico seriam os diretores e ou superintendentes; a tecnoestrurura seria os analistas, assessorias e pessoal de escritório; a linha intermediária, os coordenadores ou gerentes da área assistencial, administrativa, logística etc.; a equipe de apoio seria a parte de nutrição e dietética, limpeza e higiene, segurança e zeladoria, gestão de materiais, engenharia, oficinas etc.; e o núcleo operacional seria os médicos de várias especialidades e enfermeiros.

A estrutura profissional pode ser considerada uma estrutura democrática ou colegiada, pois os profissionais não controlam somente seu próprio trabalho, como também influenciam em decisões administrativas que os afetam (comprar materiais, admitir colegas, distribuir recursos etc.), normalmente, vem a surgir hierarquias administrativas paralelas, uma democrática de baixo para cima para os profissionais, e outra burocraticamente mecanizada de cima para baixo para a equipe de apoio (MINTZBERG, 1995).

As estruturas profissionais se desenvolvem em ambientes estáveis e complexos. Seus pontos fortes são: resposta rápida ao cliente; base e dispersão de conhecimento sofisticada; liberdade de expressão/autonomia; os profissionais tendem a serem mais motivados, responsáveis e dedicados a seu trabalho e clientes; e permite os profissionais aperfeiçoarem suas habilidades, livres de interferências. Os pontos fracos são: surgem disputas de poder e ou disputas de direito entre os profissionais; longo tempo gasto em reuniões para solucionar

conflitos; problemas de coordenação entre as duas hierarquias paralelas; não há controle das deficiências e do trabalho dos especialistas, além daquele da profissão em si; os administradores do ápice estratégico às vezes se sentem estressados e frustrados, por se sentirem “meninos de recado” dos profissionais, ou por estarem entre as várias “quedas de braço” de um profissional e outro, ou entre assessor e o profissional etc.; a autonomia permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes e ou da organização (MINTZBERG, 1995).

Londoño (2003a) expõe uma estrutura funcional de um hospital universitário (Figura 14), considerando de maior hierarquia e que sirva de guia para os hospitais menores, públicos ou privados, exteriorizar o comportamento e conhecer melhor o sistema da instituição, para assim começar a visualizar alguma mudança de otimização das áreas.

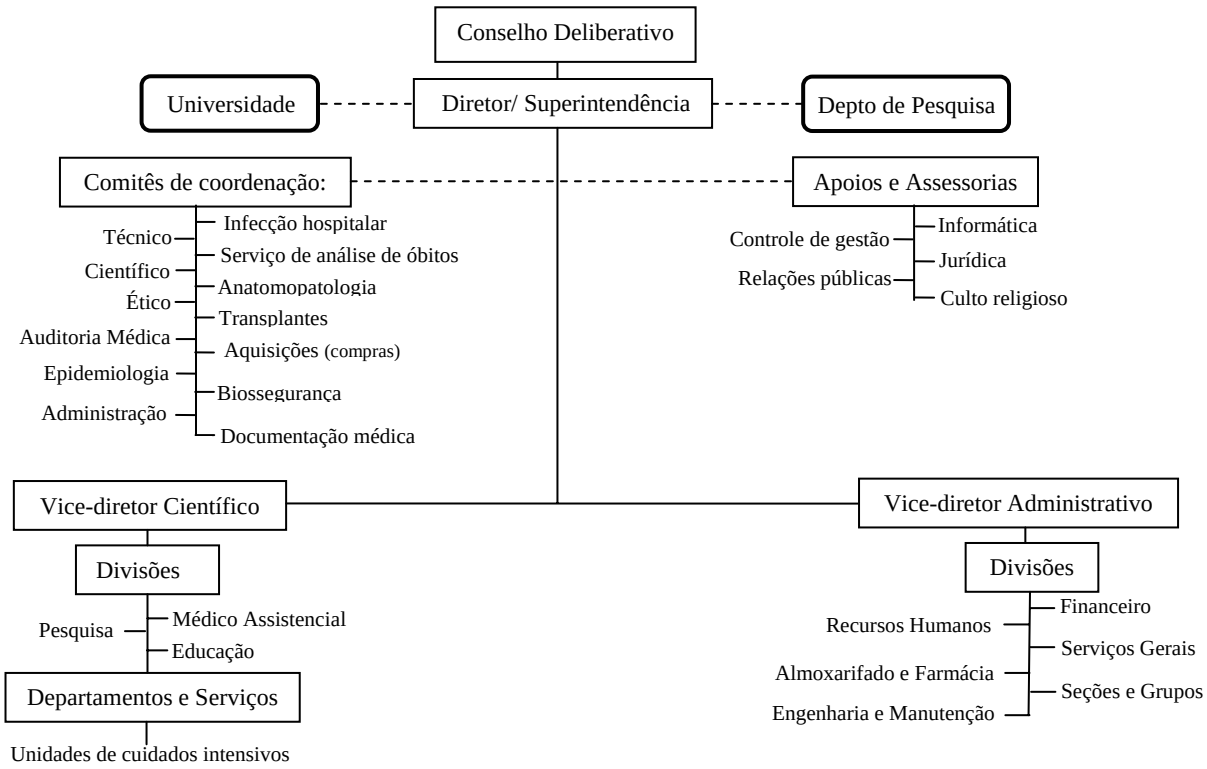


Figura 14: Exemplo de estrutura organizacional para um hospital universitário
Fonte: Londoño (2003a)

Conseguir gerir e estruturar adequadamente uma organização hospitalar com todo esse conjunto (Figura 14) diversificado, especializado, fragmentado de atividades, processos e atos individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade, é fundamental para ofertar um serviço com maior valor aos pacientes, consequentemente melhor desempenho organizacional, mas manter uma estrutura

organizacional hospitalar com essa complexidade e dinamismo não é uma tarefa simples e fácil (MERHY; CECILIO, 2003; PORTER; TEISBERG, 2006).

Estruturar um hospital de forma mais racional e coordenada, visando certa concentração dos trabalhadores em torno dos objetivos da direção, é meio utópico, pois esta estruturação será “deformadas”, criadas e recriadas ao chegarem à base operacional profissional (CECÍLIO; MENDES, 2004), existem resistências às mudanças organizacionais, que não agradem as categorias profissionais, o grau de resistência ou oposição é proporcional à estrutura existente, quanto mais estruturados os corpos funcionais em organogramas formais, maior será a dificuldade de mudança, além de resultar em algumas dificuldades como em estabelecer relações que deverão ser desenvolvidas entre as pessoas e grupos para se obter uma maior integração e desempenho (CECÍLIO, 1997).

De acordo com Lima Gonçalves (1998) surgem conflitos e tensões principalmente quando se trata do corpo clínico, que executam um trabalho altamente especializado através de anos de capacitação, sua autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e de sua competência técnica, sentem dificuldade em dividir o “poder”, em aceitar normas de disciplina coletivas, em ouvir sugestões ou recomendações. Desencadeia a importância de buscar um relacionamento ainda mais harmonioso entre a administração do hospital e seu corpo clínico que vem a colaborar e a controlar como os recursos podem ser usados no atendimento dos pacientes. O serviço de enfermagem também demonstra certa resistência comportamental, muitas vezes, confundem competência e dedicação com autonomia e insubordinação. Segundo Mathews e Thomas (2007), outro ponto a se destacar entre esses profissionais, apesar de considerarem o erro algo inaceitável, tem muita dificuldade em assumirem a responsabilidade por suas falhas, o que oculta e prejudica o resultado de alguns processos.

A falta da presença efetiva e integrada da informática no contexto de gestão administrativa hospitalar que possibilite gerenciar e controlar de forma rápida e flexível o fluxo de informações, da utilização dos recursos físicos, materiais e humanos, desde o ponto de origem, das unidades administrativas, dos procedimentos (ex. prescrições médicas) até o ponto de destino e consumo final, são outra dificuldade que as instituições hospitalares têm de enfrentar (LIMA GONÇALVES, 1998). Não se conhece no Brasil qualquer *software* que atenda as necessidades totais de um hospital, em termos de gerenciamento de sistemas de suporte, técnicos e de gestão (VECINA NETO; MALIK, 2007). Investir para obter informações certas e em tempo hábil é essencial para uma boa tomada de decisão, um bom

funcionamento das atividades/processos, e desempenho dos resultados de qualquer organização (PORTER; TEISBERG, 2004). Mas principalmente o setor público de saúde possui um atraso referente essa visão, há responsáveis pela área que afirmam que o investimento em informática ou tecnologia da informação é um luxo que desvia recursos da assistência médica, mal se atentam que a tecnologia da informação torna-se um instrumento que permite obter maior conhecimento, tornar mais rápido a disponibilidade dos dados a respeito do funcionamento, da maneira de estruturar as atividades e de gerir racionalmente uma organização complexa, como a hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2007).

4.2.1 Sugestões para estrutura organizacional e gestão dos hospitais

Segundo Lima Gonçalves et al. (2009), verifica-se cada vez mais o interesse pela definição de novos critérios de gestão, estruturação e avaliação das atividades nas instituições de saúde. Modelos de estruturas organizacionais mais recentes utilizados pelas organizações empresariais começam a chegar ao universo dos hospitais, possibilitando um arranjo organizacional em que todos os integrantes da organização sejam participantes dela, o que para isso depende da dedicação dos envolvidos no processo do trabalho e dos dirigentes da instituição, a quem cabe a iniciativa da modificação.

Barbosa e Lamy (1995) argumentam que, a gestão hospitalar necessita de racionalização, coordenação, e gestão de especialistas na área administrativa, sendo preciso sair das mãos dos médicos, por mais experiências passadas e bom senso que tenham, por não ser mais suficiente para adequar as novas exigências do ambiente organizacional, obter às melhores práticas administrativas e desempenhos financeiros. Teixeira et al. (2009) acrescentam a necessidade de uma filosofia integradora, que faça conviver assistência, administrativo, ensino e pesquisa.

De acordo com Vasconcellos e Hemsley (2003), no setor de serviços, a estrutura matricial esta a se desenvolver consideravelmente devido conciliar a complexidade e as atividades de inovação, com diferentes graus de formalização.

Lima Gonçalves (1998) propõe essa estrutura (matricial) às organizações hospitalares (Figura 15), como forma de melhor convívio interdepartamental, integração, aumentar a agilidade operacional e à tomada de decisão, que as estruturas funcionais habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros. Segundo o autor existirá uma entidade mantenedora (conselho superior ou diretor), que terá abaixo um conselho técnico-administrativo que recebe diretrizes gerais a serem atendidas e a proposta orçamentária a ser executada, em troca oferece

informações sobre o desempenho de toda organização no período solicitado. Este conselho técnico-administrativo toma as grandes decisões da instituição em consenso, sendo formado por um conjunto de gerentes, estes representando cada uma das gerências médicas, de enfermagem, de apoio operacional, de materiais e finanças na dimensão horizontal; e as gerências patrimoniais, de engenharia de processo, de recursos humanos e a de marketing na dimensão vertical. As decisões setoriais são de responsabilidade de cada gerência em nível horizontal, mas se submetem a direção vertical no que se refere a novos projetos, controle de qualidade total, desenvolvimento de recursos humanos e a aspectos patrimoniais. Em hospitais de médio e pequeno porte o número de gerências deverão ser aglutinados conforme critérios racionais.

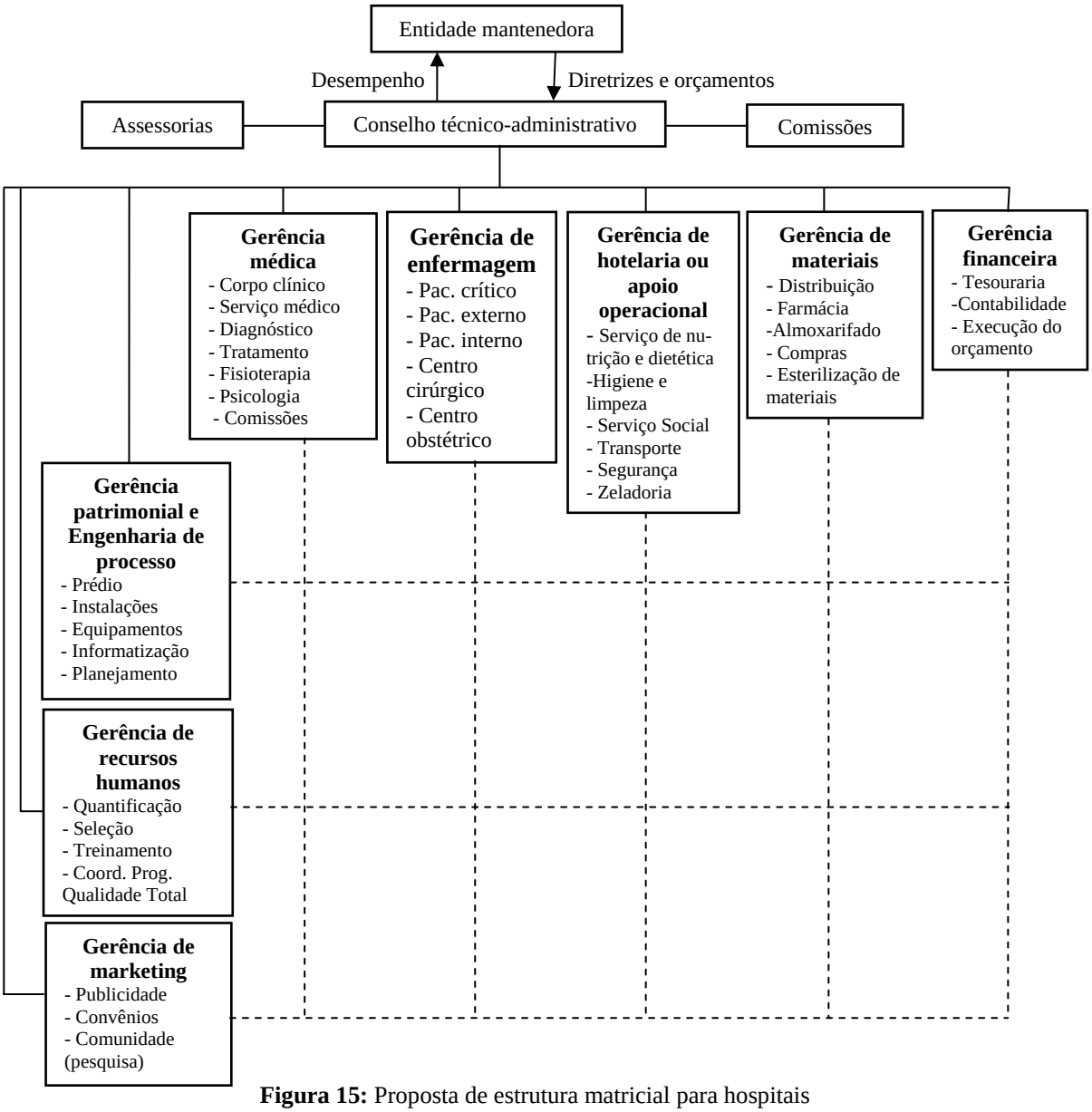


Figura 15: Proposta de estrutura matricial para hospitais
Fonte: Lima Gonçalves (1998)

Para Lima Gonçalves e Aché (1999) a organização hospitalar deve ser administrada sob critérios racionais, baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial, pois além das atividades médicas que se executam nos hospitais, há setores que poderiam se desenvolver isoladamente como empresas autônomas, cada qual com aspectos especializados de funcionamento, por exemplo, o hospital engloba: um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Isso mostra a necessidade que envolveria de uma administração eficiente em cada uma destas empresas (setores) para garantir sua viabilidade e bom desempenho. Agora, imagina-se a dificuldade em se integrar para administrar todos esses setores juntos de forma harmoniosa e eficaz, além de ter de associar a outro setor mais complexo que é a assistência médica, que possui ambulatório, berçário, radiografia, tomografia, ultrassonografia, emergência, pediatria, andares clínicos e cirúrgicos, laboratório, UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, CTI – Centro de Terapia Intensivo, arquivos médicos entre outros.

Barbuscia (2009) salienta que independente do arranjo organizacional usado para agregar a força de trabalho nos hospitais, os recursos humanos é um fator que afeta a estrutura organizacional, requerendo uma intensa capacidade de gestão administrativa, e quanto mais claros e conhecidos forem os processos de trabalho, mais facilmente será desempenhada essa gestão.

Percebe-se o grande desafio em orquestrar o funcionamento do ambiente hospitalar de forma sinergética, holística e que torne economicamente viável com qualidade aos serviços prestados ao usuário. Lima Gonçalves et al. (2009) também expõem o desafio da administração de pessoas, a natureza da atividade hospitalar, que exige intensamente o trabalho humano, reunindo grupos profissionais de origem e especificações diversas, que precisam, mais do que em qualquer outro setor, trabalhar conjuntamente de forma coesa e harmoniosa. Campos e Bonassa (2009:92) complementam que os hospitais, em sua maioria, vivem hoje um dilema: “a necessidade de modernização das formas de trabalho em contraposição a uma cultura organizacional arcaica.”

Para responder a esses desafios as organizações hospitalares necessitam ultrapassar as dificuldades e limitações estruturais, buscando caminhos que conduzam a uma modernização racional e lógica de estruturas e de comportamentos (LIMA GONÇALVES et al., 2009). Necessitam de uma boa estrutura física, de uma excelente efetividade operacional na área de gestão de materiais, de um acompanhamento sistemático das evoluções tecnológicas que facilite o trabalho administrativo e operacional (SOUZA, 2002), além de

uma estrutura organizacional, que deve corresponder a um mínimo das exigências dos modelos de administração empresarial, para facilitar a gestão das operações, um planejamento criativo e coerente, um controle de qualidade, uma coordenação eficiente, e um programa motivacional cuidadosamente elaborado e permanentemente buscado, visando diminuir os conflitos e melhorar a inter-relações (LIMA GONÇALVES; ACHÉ, 1999). Onde crie um ambiente de desenvolvimento profissional das pessoas e das equipes, uma estrutura humanizadora que abandone a hierarquia rígida de departamentos e possibilite um arranjo organizacional em que todos os integrantes da organização sejam realmente participantes dela (CAMPOS; BONASSA, 2009; LIMA GONÇALVES et al., 2009), desenvolvendo equipes com múltiplas capabilidades, com ênfase no inter-relacionamento e integração das atividades e processos, que possibilitem gerenciar com melhor eficácia (TEIXEIRA, 1983).

Pasche (2009) ressalta algumas estratégias que podem ser realizadas para produzir melhores desempenhos às instituições hospitalares, como: horizontalização da estrutura hospitalar, com dissolução e diminuição das estruturas político-administrativas que segregam a gestão do cuidado; criação de processos de trabalho em equipe, tomando por referência a tarefa/objetivos da área/setor; criação de espaços coletivos para o desenvolvimento de contratos/acordos mais compartilhados sobre modos de funcionar, de estruturar a assistência e o cuidado a saúde; desenvolver estratégias de inclusão do usuário e da sua rede socioafetiva nos processos.

Segundo Cecílio e Mendes (2004), o que pode proporcionar bons resultados a gestão hospitalar é mudar a cultura da postura médica de dominação sobre os demais profissionais e pacientes. Para isso, os autores sugerem que deveria haver uma preocupação nos hospitais universitários e de ensino, na formação/educação destes médicos no que se refere ao cuidado multidisciplinar e a uma forma mais participativa no processo clínico, operacional e administrativo, o que infelizmente não há, e mantém-se uma multiplicação desta postura de dominação. Campos e Bonassa (2009) complementam que o processo de mudança cultural entre os profissionais na instituição hospitalar, também podem vir a acontecer durante o recrutamento e seleção dos mesmos, sendo importante, os hospitais levar em consideração nos processos de admissão, os aspectos humanos, culturais e profissionais que transcendem a qualificação técnica, focando contratar os profissionais que identificam com uma nova cultura hospitalar, que possuam afinidade com o trabalho em equipe, e com o modo de funcionamento operacional. No processo de mudança de paradigmas, a reflexão, a

comunicação e a negociação fazem parte do aprendizado coletivo para elevar a qualidade, agregar valor ao serviço, humanizar a instituição e estabelecer o sentido de união de objetivos.

Londoño (2003b) acredita que a gestão hospitalar deve ter suas características de operar com foco em competências que devem ser estabelecidas sobre os seguintes pilares: planejamento, estrutura organizacional, satisfação do trabalhador, orçamento, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação e ética, levando em conta possíveis contingências.

4.3 Logística nas organizações hospitalares

"Todo erro de gerenciamento se reflete no estoque."
Michael C. Bergerac

Os hospitais estão sob crescente pressão para fornecimento de um serviço de saúde de alto nível de qualidade, trazendo à tona a necessidade de planejarem melhor sua cadeia de suprimentos para estruturar, controlar e minimizar os custos dos seus processos logísticos (MEDEIROS, 2008).

Um dos motivos dessa pressão que ocorre particularmente nos hospitais públicos é desencadeado pelo mau funcionamento do SUS. Os postos de saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ser a porta de entrada para os hospitais, sendo capazes de prevenir, identificar e tratar precocemente as doenças mais frequentes, e executassem procedimentos de triagem encaminhando os pacientes para outros serviços que realmente estão necessitando, evitando superlotação e sobrecarga da atenção hospitalar (PORTELA, 2005; TEIXEIRA et al., 2009). Mas, o SUS passa por graves dificuldades financeiras com insuficiência orçamentária crônica e de natureza estrutural, como reconhece o Ministério da Saúde (LIMA GONÇALVES, 2002). Teixeira et al. (2009) acrescentam que os recursos aplicados têm sido insuficientes para atender aos princípios de universalidade e integridade, além de uma distribuição adequada das verbas necessárias e a colaboração efetiva por parte dos governos. O modelo de gestão da saúde do setor público se estabelece sobre três autonomias: federal, estadual e municipal, o que agrega mais dificuldades ao SUS, por ocasionar jogo de poder (VECINA NETO; MALIK, 2007).

De acordo com Grabois e Sandoval (1995), o hospital se tornou uma verdadeira porta de entrada do sistema de saúde, com a realização de exames simples, consultas à especialistas, atenção as pequenas e médias urgências, elevando os custos hospitalares, sendo que os hospitais deveriam ser reservados aos pacientes em condições clínicas mais severas. O'Dwyer et al. (2006) complementam que a utilização do hospital representa uma "válvula de escape" dos serviços público de saúde, o que prejudicam no atendimento aos pacientes, geram

transtornos operacionais tanto para atividades fins (serviços médicos, de enfermagem, diagnósticos etc.), quanto para atividades meio (logística hospitalar – abastecimento e distribuição de medicamentos, materiais médicos etc.), e aumenta os custos hospitalares.

A utilização da gestão integrada da logística hospitalar possibilita conhecer o fluxo de materiais, a coordenar e controlar os processos/atividades, auxiliando a gerir os serviços de saúde, para proporcionar com base em Ballou (2001), que os recursos necessários para o tratamento dos pacientes estejam disponíveis na quantidade com qualidade, no lugar e na hora certa.

Para isso, é de suma importância ter um planejamento e controle efetivo das atividades de compra, recebimento, armazenagem, e principalmente da gestão de estoques, bem como a distribuição desses materiais às áreas e atividades internas do hospital, pois apesar das deficiências do sistema de saúde provocar bruscas variações, essas áreas são vitais ao bom desempenho do serviço hospitalar e precisam estar preparadas para atender às necessidades dos pacientes (com ou sem hora marcada; emergência/urgência), apoiando todas as atividades funcionais desde as mais básicas até as mais complexas no dia-a-dia dos hospitais (SBROCCO[7], 2001 a*pud* MEDEIROS, 2008).

Ribeiro[8] (2005 *apud* MEDEIROS, 2008) acrescenta o desafio e a complexidade em administrar adequadamente os processos logísticos hospitalares, que possuem diversos serviços de apoio (hotelaria, higienização, limpeza, lavanderia, nutrição e dietética, manutenção etc.) e essenciais, como: atendimento ao cliente, serviços auxiliares de diagnósticos, hemodiálise, centro cirúrgico, banco de sangue, especialidades médicas, distribuição de medicamentos entre outros.

Outro ponto a se destacar ao estudar a logística hospitalar é a movimentação do universo ilimitado de itens, da ordem de cinco a sete mil, dependendo da especialidade e complexidade da assistência médica do hospital (LIMA GONÇALVES et al., 2009). A aquisição, manuseio e gerenciamento dessa diversidade de materiais, desde gêneros alimentícios, móveis e utensílios, materiais de higiene e limpeza, ambulâncias, materiais de uso técnicos específicos, tais como: especialidades farmacêuticas, fios e instrumentos cirúrgicos, respiradores, vaporizadores, reagentes de laboratórios e para diagnóstico, materiais fotográficos, radiológicos entre outros (BARBIERI; MACHLINE, 2006), correspondem em

[7] SBROCCO, E. (2001). Movimentação e armazenagem. Revista Log. Disponível em: www.guialog.com.br/artigos2001.htm

[8] RIBEIRO, S. (2005). Logística hospitalar: desafio constante. Disponível em: www.noticiashospitalares.com.br/mar2005/htms/apoio.htm

torno de 43% da composição do orçamento dos hospitais (PONTES et al., 2008). Assim uma previsão de demanda bem planejada e com controle dos estoques são um dos quesitos que devem ser aperfeiçoados ao máximo a fim de diminuir a permanência dos estoques nas prateleiras, os prazos de entrega, os riscos de deterioração, de expiração do prazo de validade entre outros (SANTOS, 2006b), sendo sabido que os estoques custam caro a qualquer organização (VECINA NETO; DROUIN, 1995).

Segundo Barbieri e Machline (2006), quanto mais informações e capabilidades desenvolvidas para gerir os materiais de forma adequada, maior será sua competência em oferecer a seus clientes, serviço de qualidade com baixos custos operacionais. Acrescentam que para o bom desempenho das atividades hospitalares é necessário evitar o excesso de materiais que geram gastos adicionais e não agregam nenhum valor, sendo que a falta de materiais pode provocar a paralisação dos serviços ou gastos adicionais com compras urgentes que tendem ser mais dispendiosas, ou ocasionar consequencias mais graves como sequelas a um paciente ou o óbito. Normalmente, o medo dessas consequencias ocorrerem tende a provocar estoques em excesso, recursos financeiros imobilizados, espaços mal utilizados, consumo excessivo de energia e risco de descarte dos materiais (PAULUS JR, 2005).

Lima Gonçalves et al. (2009), Porter e Teinsberg (2004) destacam que, o estoque e armazenagem são as funções de alto custo dentro dos hospitais, e a atividade de compra possui responsabilidades sobre isso, pois tem como objetivo adquirir os bens solicitados pelos membros da instituição, garantindo o abastecimento dos vários centros de consumo de cada tipo de material necessário para o desenvolvimento operacional do hospital, com qualidade, na quantidade, no prazo de entrega pedido e nas melhores condições econômicas e financeiras possíveis.

A administração patrimonial e de inventários também assumem uma particular importância nos hospitais, por desenvolver medidas de preservação, de controle e permitir que se conheça a qualquer momento, o acervo dos bens, seu valor, localização entre outros dados necessários que possibilitem atender às exigências contábeis e fiscais. O inventário dos ativos patrimoniais e dos estoques lista e controla os materiais, os inúmeros ativos permanentes, fixos, móveis e de pequeno porte, para evitar extravios, perdas, roubos e corrigir divergências originadas de erros de lançamento no registro de entradas e saídas, na classificação ou na codificação dos materiais. Infelizmente, essas atividades não são devidamente reconhecidas por ser de bastidores, entretanto, é fundamental para que o hospital funcione a contento

(MACHLINE; CARREIRA, 2009). Tudo isso reforça a relevância de buscar estruturar e gerir a logística de forma integrada, harmoniosa e holística, para obter um bom desempenho da organização.

Para auxiliar na atividade de compra das instituições públicas, a fim de evitar transgressões no relacionamento entre comprador e fornecedor, foi desenvolvido a Lei Nº 8.666/1993, atualizada pela Lei Nº 8.883/1994, que estabelece os procedimentos, as normas gerais sobre licitações para compra de materiais, contratos de serviços e obras, que devem ser adotados nos níveis federal, estadual e municipal. As auditorias dos Tribunais de Contas são muito rigorosas na interpretação da legislação e impelem a diretoria dos hospitais públicos a seguirem com afinco as regras legais. Há cinco modalidades de compra na área pública (MACHLINE; CARREIRA, 2009):

- a dispensa de licitação: que pode ser utilizada em caso de exclusividade de fornecedor, notória especialização, urgência, calamidade pública, guerra, segurança nacional, falta de interessados e outros casos dessa natureza. Com valor estimado da compra inferior a R$8.500,00;
- o convite: envia-se carta-convite a pelo menos três fornecedores, com espera de no mínimo oito dias úteis até a adjudicação à proposta vencedora. E valor estimado da compra em até R$65.000,00;
- a tomada de preços: publicação do edital em local público e no jornal interno da entidade, com espera de 15 dias úteis até a adjudicação. Com valor estimado da compra em até R$650.000,00;
- concorrência pública: publicação do edital em diário oficial e em jornal de grande circulação, com espera mínima de 30 dias úteis até a adjudicação. Valor estimado para compra acima de R$650.000,00;
- pregão: restrito a bens e serviços comuns, prevalecendo o menor preço, e a qualificação do fornecedor é examinada após pregão. São considerados bens e serviços comuns aqueles que os padrões de desempenho e qualidade possam ser definidos em edital, por meio de especificações usuais de mercado, com qualquer valor estimado para compra.

De acordo com Barbuscia (2009), uma tendência a auxiliar na gestão hospitalar está sendo o processo de terceirização, que é transferir atividades rotineiras à empresas ou pessoas

capacitadas, buscando menor custo operacional, maior qualidade, produtividade e melhores desempenhos. Machline e Carreira (2009) ressaltam que a justificativa para terceirizar não é o menor custo, mas a oportunidade de se concentrar nas atividades que constituem a função principal da organização, no caso, a atenção ao paciente. Para Duarte (1998) a terceirização está sendo usada como solução para os problemas existentes na gestão do atendimento médico-hospitalar, devendo ser vista como uma das alternativas para buscar maior eficiência e qualidade, estando ligada diretamente às decisões estratégicas do hospital ou serviço de saúde, pois define como a organização vai operar no ambiente organizacional, quais suas restrições e oportunidades.

Girardi, Carvalho e Girardi Jr. (1999) observam que as organizações hospitalares estão a terceirizar para suprir forças de trabalho e serviços, aos quais os hospitais privados, filantrópicos e beneficentes conveniados ao SUS têm demonstrado preferências pela terceirização, com proliferação dos seguros, planos e convênios, estimulando os médicos se organizarem sob a forma de sociedade de cotistas, cooperativas médicas entre outras formas institucionais.

Nos Estados Unidos existe uma alta taxa de terceirização na área de saúde (ROBERTS, 2001), os hospitais norte-americanos alcançam 83% dos serviços de manutenção e conservação, 61% do tratamento do lixo, 56% da lavanderia, 58% dos serviços de diálise, 39% dos serviços de patologia, 33% do serviço de anestesiologia e 31% do serviço de fisioterapia (CHERCHIGLIA, 1999). No Brasil, a terceirização no setor hospitalar tem ultrapassado os serviços ditos não essenciais (funções de apoio operacional, de áreas de diagnóstico e terapêutico, serviços gerais, administrativos e hotelaria), atingindo os serviços profissionais especializados e essenciais (médicos, enfermagem, fisioterapia e anestesiologia), a gestão financeira e de serviços, sendo a prática mais frequente em hospitais de grande porte. Mas há vários problemas de regulação da terceirização, seja no setor privado conveniado com o SUS ao qual processo é discretamente regulado, ou no setor público, que para amenizar a burocracia e à rigidez das normas de contratação e remuneração, normalmente, atuam na informalidade. Outra dificuldade em gerar discussão sobre a terceirização no setor de saúde no Brasil é a escassez de estudos e pesquisas sistemáticas e universais sobre o tema (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 1999; GIRARDI; CHERCHIGLIA; ARAÚJO, 2001; CHERCHIGLIA, 1999).

Ao longo da revisão literatura sobre logística e estrutura organizacional nas organizações hospitalares, também se confirmou a carência e a necessidade de estudos sobre

os assuntos, sendo o motivo de não terem sido abordados em maiores detalhes e realizado ajustes no desenvolver do trabalho.

Na literatura hospitalar o conceito que mais se aproxima de logística, é a gestão de suprimentos na administração hospitalar, que possui como funções específicas: compras, logística, gerenciamento, administração de materiais, planejamento, terceirização e administração de contratos (BARBUSCIA, 2009), que serão detalhadas no Quadro 7, servindo como respaldo a proposta das atividades logísticas hospitalares do fluxo de materiais.

5 Método de pesquisa

"Todos os homens podem ver as táticas pelas quais eu conquisto, mas o que ninguém consegue ver é a estratégia a partir da qual grandes vitórias são obtidas."

Sun Tzuo

O quinto capítulo tem por finalidade apresentar os diversos aspectos relativos ao método e aos procedimentos da pesquisa: seleção, coleta, tratamento, análise dos dados e postura ética.

5.1 Caracterização do método de pesquisa

A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa por tratar de elementos complexos (logística integrada e organização hospitalar) que não tende à quantificação, mas a aprender a observar, registrar, compreender, interpretar e analisar fatos, fenômenos e interações reais entre pessoas e sistemas, preocupando-se com o processo e não somente com os resultados e o produto (LIEBSCHER, 1998; MARCONI; LAKATOS, 2004; MARTINS; THEÓPHILO, 2007), além de permitir uma maior interação do pesquisador com o participante (GAY; AIRASIAN, 2003).

Dado o pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre estrutura organizacional e logística integrada, principalmente o relacionamento de ambos os conceitos nas organizações hospitalares, esta pesquisa reveste-se de caráter exploratório por proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo acerca de determinado fato, sendo realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2007), tornando-se útil quando o pesquisador não tem uma idéia clara sobre problemas a enfrentar durante o estudo, ou variáveis importantes podem não ser conhecidas ou estarem totalmente definidas (COOPER; SCHINDLER, 2003). O foco desse tipo de pesquisa é obter compreensão e familiaridade com a área do assunto para investigação mais rigorosa num estágio posterior (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Quanto às estratégias de pesquisa, visa à revisão de literatura ou pesquisa bibliográfica seguida por estudo de caso único. A pesquisa bibliográfica procura conhecer, analisar, explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências já publicadas, na forma de livros, artigos de periódicos, impressos ou eletronicamente disponibilizados na internet, enciclopédias, jornais, anais de congressos etc. (GIL, 2007; MARTINS; THEÓPHILO, 2007); isso possibilita gerar um arcabouço de conhecimento, uma visão crítica sobre o objeto de pesquisa e uma discussão decorrente da análise da literatura,

resultando em um levantamento de uma série de pontos relevantes para o planejamento e condução, por exemplo, de um estudo de caso (MIGUEL, 2007).

Já o estudo de caso oferece mais detalhes a um levantamento, e que um determinado aspecto(s) de um problema seja estudado com alguma profundidade (BELL, 2008). Trata-se de uma investigação empírica, que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real e, cujo pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender uma situação, e racionalmente, descrever, compreender e interpretar a complexidade do caso concreto (BERTO; NAKANO, 2000; MARTINS; THEÓPHILO, 2007; VERGARA, 2006). Contribui para compreender fenômenos sociais complexos, examinar acontecimentos contemporâneos, permitir uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como processos organizacionais e administrativos, e, no caso do estudo, caracterizar a estrutura organizacional hospitalar e identificar o estágio organizacional da logística, entre outros (YIN, 2005). Além do estudo de caso ser uma abordagem metodológica extremamente relevante no desenvolvimento de trabalhos científicos da engenharia de produção no País, sendo um dos tipos de estratégias de pesquisa mais adotado (BERTO; NAKANO, 2000; MIGUEL, 2007).

5.2 Definição do estudo de caso da pesquisa

A pesquisa de campo se restringiu aos hospitais universitários e de ensino; a escolha parte, a princípio, do grau de relevância que possui na formação dos profissionais de saúde e na cultura administrativa da área. Segundo Lima Gonçalves (1998), o corpo clínico influencia muito a área administrativa, o como e quais recursos podem ser usados no atendimento aos pacientes, além de suas decisões tenderem a predominar e serem uma classe foco de conflitos.

Para Porter e Teisberg (2007), as organizações prestadoras de serviços em saúde necessitam melhorar a capacidade gerencial e a forma de ver as estruturas organizacionais, porque a cultura da medicina não encara a gestão como algo importante ou que traga prestígio, além de possuir enraizadas as estruturas tradicionais, barreiras para a busca de valor agregado ao usuário. Mais um motivo para se focar em hospitais universitários e de ensino, pois são o começo da formação da cultura médica, iniciando mudanças ou novas formas de gerenciamento e estruturação na base, para depois se propagar aos demais hospitais.

A seleção do estudo de caso do hospital universitário e de ensino localizado no estado de São Paulo, partiu da melhor facilidade de acesso e contato. Assim, foram escolhidos seis hospitais, com os quais foi realizado um pré-contato via telefone e ou no III Congresso da

Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) 2009, para então encaminhamento de e-mail de apresentação da pesquisa (APÊNDICE A). Enviados em 18 de janeiro de 2010, aos quais três hospitais responderam na mesma semana o aceite de colaboração, comprometendo-se em enviar a documentação solicitada (organogramas, manuais, normas etc.). A intenção de solicitar esses documentos de antemão, foi fazer uma pré-análise e verificar a formalização de suas estruturas organizacionais, distribuição das atividades logísticas, e identificar quais áreas dever-se-ia agendar entrevistas. Os outros três hospitais encaminharam instruções entre 11 e 22 de fevereiro, em razão, segundo eles, dos feriados e de férias de alguns coordenadores, informando que seria necessário fazer um cadastro do pesquisador e do projeto no site do Ministério da Saúde, no SISNEP (Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos), para assim gerar a cada hospital uma folha de rosto (ANEXO B) a ser anexada ao projeto e encaminhada via correio ao comitê de ética indicado pelo CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), seguido também de uma declaração ao mesmo (ANEXO C), para aprovação ou não da pesquisa. Tal procedimento de verificação e consentimento, segundo o SISNEP, leva em média de 30 a 60 dias, dependendo da instituição.

Em virtude do prazo de defesa da dissertação, foi decidido prosseguir a pesquisa com os três hospitais que não opuseram nenhuma restrição, mas uma das dificuldades encontradas por eles foram não ter atualizados os documentos solicitados. Assim, após aproximadamente 50 dias, foi recebida a documentação de dois hospitais universitários e de ensino. O terceiro hospital, depois de vários contatos e comprometimento, até 19 de março de 2010 não tinha enviado o material. Prosseguiu assim com dois casos. Depois de realizar a pré-análise dos documentos enviados pelos hospitais, constatou-se que formalmente ambos possuíam estrutura organizacional e distribuição das atividades logísticas semelhantes. Então, optou-se em permanecer com a estratégia de pesquisa de um estudo de caso, acreditando obter respostas e informações suficientes para atingir o objetivo do estudo, pois o hospital escolhido é referência em alta complexidade e pesquisa no interior do Estado de São Paulo, além de ter sido considerado o segundo melhor do Estado em 2008, conforme avaliação dos próprios pacientes, feita por pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, por meio da Secretária Estadual da Saúde, conquistando também em fevereiro de 2010, o Selo de Qualidade do programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e Associação Paulista de Medicina (APM), com 74,49 pontos na avaliação. Os critérios observados pelo CQH foram perfil, liderança,

estratégias e planos, clientes, responsabilidade social, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

5.3 Técnicas de coleta de dados, informações e evidências da pesquisa

Para atingir o objetivo do trabalho, as técnicas para coleta de dados, informações e evidências escolhidas foram: entrevista semi-estruturada e pesquisa documental. A entrevista semi-estruturada é uma técnica para coleta de dados conduzida com o uso de um roteiro, mas com liberdade de acréscimo de novas perguntas pelo pesquisador. Seu objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações do contexto em que estão inseridos (MARTINS; THEÓPHILO, 2007), além de permitir enfocar diretamente o tópico do estudo, obter maior relacionamento e proximidade com pessoas envolvidas diariamente no fenômeno sob análise, e possibilitar inferências causais percebidas pelo pesquisador. A entrevista semi-estruturada permite uma maior espontaneidade no contato entre pesquisador e entrevistado, sem que ocorra distanciamento do tema (YIN, 2005).

Já na pesquisa documental busca-se, para análise, material não editado, que possa subsidiar o melhor entendimento de achados e corroborar algumas informações e dados obtidos com outras técnicas de coleta ou fontes, como memorandos, relatórios, organogramas, manuais de procedimentos, de descrição de cargos e tarefas, normas e avaliações, entre outros (MARTINS; THEÓPHILO, 2007; YIN, 2005).

O uso dessas técnicas permite coletar dados e informações sobre a distribuição das atividades, funções, áreas e autoridade dentro da organização hospitalar, e verificar o estabelecimento do sistema de comunicação entre as partes, além dos níveis de complexidade, centralização e formalização, e explorar a influência da tecnologia, dos recursos humanos, objetivos, estratégias, ambiente organizacional, características históricas e de área instalada; tudo isso leva a caracterizar a estrutura organizacional da instituição e identificar em qual estágio organizacional a logística se encontra.

A pesquisa foi realizada em duas etapas:

- Primeira etapa: análise dos documentos disponibilizados (organogramas, manuais, relatórios, sites, entre outros) pelos hospitais universitários e de ensino, que permitam conhecer formalmente o arranjo organizacional e a forma de distribuição das atividades logísticas;
- Segunda etapa: realizar entrevistas por meio de roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B), com pelo menos um funcionário de cada nível hierárquico

envolvido com o fluxo de materiais: diretoria, gerência e operacional. O roteiro de entrevista se baseou nas propostas de sistemática para orientar na caracterização da estrutura organizacional (seção 5.4.1), na sistemática para identificar o estágio organizacional da logística (seção 5.4.3), e em dúvidas que surgiram durante análise da documentação disponibilizada na primeira etapa.

5.4 Abordagem dos dados e informações coletadas

"A perfeição é inatingível, mas se nos dedicarmos a persegui-la, chegaremos a excelência."

Vince Lombardi

Com base na visão de Yin (2005), que considera a análise em: examinar, categorizar, classificar e ou sintetizar em tabelas, testar, ou ao contrário, recombinar os dados quantitativos e qualitativos para tratar as proposições iniciais de um estudo, e em Gil (2007), que argumenta constituir a análise um processo lógico e sequencial de atividades que envolvem: a redução, otimização de dados, sua categorização, a interpretação do pesquisador e redação dos resultados. Desenvolvem-se nessa seção propostas de sistemáticas para orientar a caracterização da estrutura organizacional, identificação do estágio organizacional da logística na organização hospitalar, além de identificar as atividades logísticas hospitalares do fluxo de materiais, e uma estrutura a tratar e a findar a análise dos resultados obtidos com o estudo de caso.

5.4.1 Proposta de sistemática para caracterização da estrutura organizacional

A proposta de sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional da organização hospitalar desenvolve-se, principalmente, com base nos elementos organizacionais, e reforça-se explorando os componentes organizacionais e os fatores contingenciais. Assim, sugerem-se os seguintes passos, divididos em três partes (Figura 16):

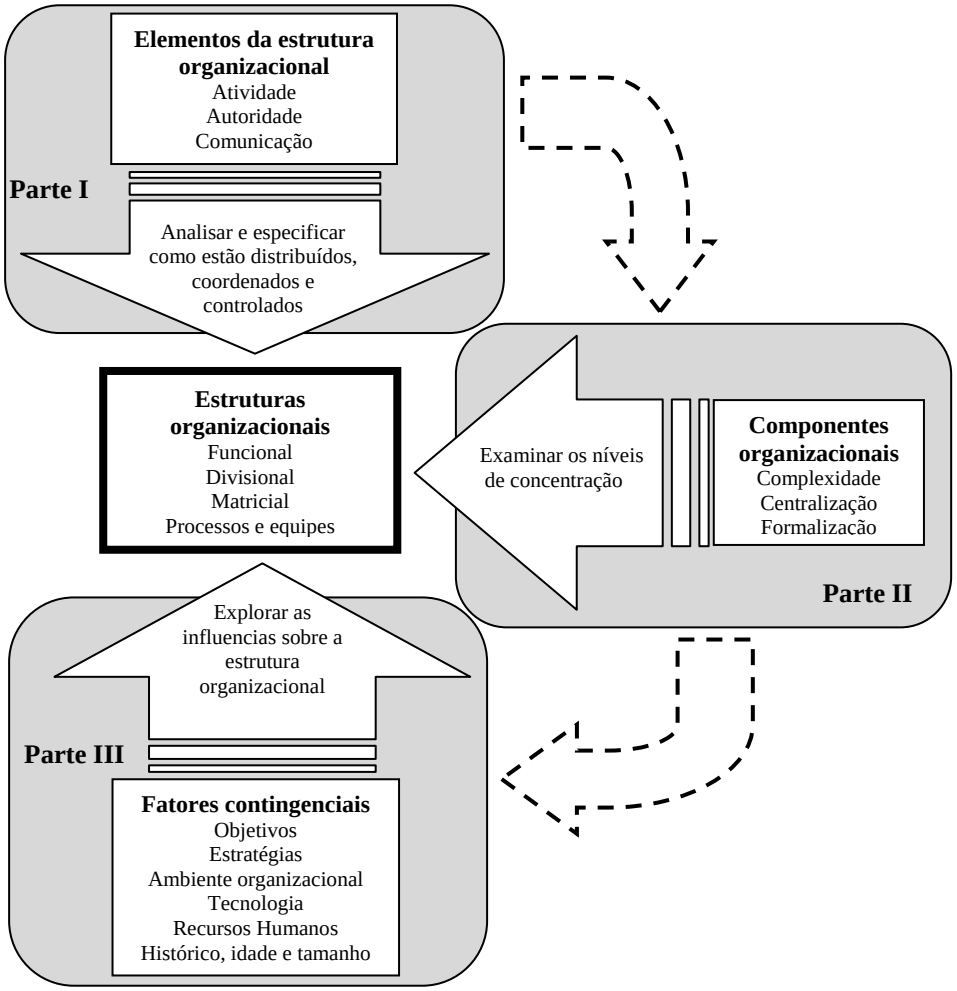


Figura 16: Sistemática para orientar na caracterização da estrutura organizacional
Fonte: Elaborado pela autora

Parte I - elementos organizacionais: documentos disponibilizados (organogramas, regulamento, normas etc.) e entrevistas.

1. **Atividade:** especificar como está dividido o trabalho na organização, a distribuição das atividades em tarefas, processos, equipes e ou departamentos;

2. **Autoridade**: verificar na organização como está dispersa a autoridade e quem tem poder para tomar as decisões;

3. **Comunicação**: examinar como é desenvolvido o sistema de comunicação para coordenar as atividades, processos e áreas.

Após levantamento dos elementos organizacionais, analisa-se suas características associando-se as estruturas (funcional, divisional, matricial, processos e equipes, abordadas na seção 2.4), para verificar em qual se encaixam, ou mais se aproximam e ou está a desenvolver. Por exemplo: se as atividades da organização hospitalar estiverem agrupadas em

departamentos com base em suas especialidades, com autoridade focada em gerentes funcionais e comunicação formal respeitando os níveis hierárquicos, a estrutura tende a funcional. Mas deve-se atentar, se não são algumas áreas que atuam dessa forma, pois pode haver outros tipos de estruturas em paralelo, dentro da organização. Em outra área, a autoridade pode estar dispersa e os membros da instituição ter permissão para tomar decisões e opinar, cada funcionário como responsável por seu processo; nesta situação a comunicação flui de forma informal e rápida, visando um trabalho em equipe, e a estrutura dessa área tende por processos/equipes.

Parte II - componentes organizacionais: documentos disponibilizados e entrevistas.

1. **Complexidade**: listar o número de especializações, níveis de hierarquia, áreas ou cargos e a relação da dispersão geográfica;

2. **Centralização**: averiguar as responsabilidades e a distribuição para se tomar uma decisão, o grau de concentração de poder nos níveis hierárquicos, cargos, equipes e ou pessoas;

3. **Formalização**: analisar o número de regras, normas, procedimentos, entre outros mecanismos que coordenam e controlam o sistema de comunicação.

Parte III - fatores contingenciais: documentos disponibilizados e entrevistas.

1. **Objetivos**: são pontos a serem explorados para orientar quanto ao nível de integração da estrutura organizacional, assim verifica-se quem participa da formulação dos objetivos, se a divulgação é realizada para todos os níveis hierárquicos e se são absorvidos.

2. **Estratégias**: questionar quem participa da formulação das estratégias, se são divulgadas a todos os níveis hierárquicos e incorporadas, também são pontos para orientar quanto ao nível de integração da estrutura organizacional;

3. **Ambiente organizacional**: analisar se o ambiente é simples/estável, complexo/estável, simples/instável ou complexo/instável; a literatura ajuda nessa definição;

4. **Tecnologia**: averiguar se a tecnologia é rotineira ou não-rotineira, se promove integração das atividades/processos, agilidade, flexibilidade de respostas e se ajuda na coordenação/controle do fluxo de materiais;

5. **Recursos humanos**: verificar número de treinamentos realizados para capacitação e troca de conhecimento dos funcionários, participação para desenvolver novas idéias, métodos e inovações para auxiliar na gestão;

6. **Histórico da organização, idade e tamanho**: examinar se houve alguma atualização nos últimos 5 anos na estrutura organizacional da instituição, se sua idade e o tamanho influenciam na gestão e na estrutura organizacional.

Vale ressaltar que essa sistemática para orientar na caracterização da estrutura organizacional da organização hospitalar é genérica, ou seja, devem-se equacionar as três partes (elementos organizacionais, componentes organizacionais e fatores contingenciais) na tentativa de guiar, de forma racional, a caracterização da estrutura organizacional.

5.4.2 Proposta de atividades logísticas hospitalares

Durante a revisão de literatura hospitalar não encontrou-se autores, que identificassem uma forma padrão de apresentar as atividades logísticas hospitalares do fluxo de materiais. Então, no Quadro 7, partindo da visão de Ballou (2001; 2006b) sobre atividades logísticas (coluna A), de Barbuscia (2009) que aborda as funções de gestão de suprimentos na administração hospitalar (coluna B), e de alguns autores que destacam pontos relevantes sobre o fluxo de materais da organização hospitalar (coluna C), foram propostas na coluna D as atividades logísticas hospitalares para o fluxo de materiais.

Compreende-se como fluxo de materiais as atividades/processos relacionadas à movimentação dos materiais ou matéria-prima, desde o início da aquisição, transporte, recebimento, manuseio, armazenagem, estoque, material em processo produtivo, produto acabado e distribuição física até o cliente final. Além de contemplar o envio ou retorno dos resíduos dos produtos entregues aos clientes para o reprocessamento por parte dos fabricantes e dos fornecedores (CORRÊA; CORRÊA, 2007; MARTINS; LAUGENI, 2005; SLACK; CHAMBERS; JOHNSTON, 2007). Em outras palavras, o fluxo de materiais refere-se à movimentação de qualquer tipo de material de forma contínua ou que se repete no tempo, saindo de um ponto de origem até outro ponto de consumo, para atender alguma necessidade, desejo ou objetivo dos clientes internos ou externos, utilizando-se de informações para coordenar e controlar esse fluxo.

	(A) Ballou (2001; 2006b)	(B) Barbuscia (2009)	(C) Autores da organização hospitalar	(D) Autora
	Atividades logísticas	**Funções da gestão de suprimento na administração hospitalar**	**Pontos relevantes encontrados**	**Atividades logísticas hospitalares PROPOSTAS para o fluxo de materiais**
Compras	**Compras** • selecionar fornecedores, o momento e a quantidade das compras;	**Função de Compras** • elaborar, cadastrar e manter atualizado o banco de dados dos fornecedores; habilitá-los, formalizar contratos, diligenciá-los; desenvolver novas fontes de suprimento; • estabelecer um fluxo contínuo de suprimentos; • adquirir material de boa qualidade, ao menor preço, na quantidade e tempo desejado; • manter bom relacionamento comercial com fornecedores.	**Atividade de compra** • adquirir e garantir os bens solicitados pelos membros da instituição, com qualidade, na quantidade, no prazo de entrega pedido e nas melhores condições econômicas e financeiras possíveis (LIMA GONÇALVES et al., 2009); • compras somente atenderá uma solicitação de um item através de um pedido de suprimento formal, seguindo as normas de licitação contidas na Lei Nº 8.666/ 1993 (BARBUSCIA, 2009).	**COMPRAS** • preparar e divulgar licitação; • elaborar, selecionar, desenvolver, cadastrar e manter atualizado o banco de dos fornecedores; • formalizar contratos e diligenciá-los; • adquirir material de boa qualidade, ao menor preço, na quantidade e tempo desejado; • manter bom relacionamento comercial com fornecedores.
Transporte Manuseio Materiais	**Transporte** • seleção do modal, do serviço de transporte, da movimentação das matérias-primas ou produtos acabados; • consolidação de fretes, da determinação de roteiros, da programação de veículos, do processamento das informações e da auditoria de frete.	**Função Logística** • disponibilizar nas áreas solicitadas em tempo hábil os materiais e medicamentos; • estudar os processos de trabalho, para desenvolver um melhor *layout* e assim atender a distribuição de forma mais eficiente; • desenvolver um esquema racional de distribuição de medicamentos (ex. estocar medicamentos em pontos e alas estratégicas).	**Movimentação, manuseio e gerenciamento** • destaca ao estudar a logística: a movimentação do universo ilimitado de itens (LIMA GONÇALVES et al., 2009); e a complexidade de manuseio e gerenciamento da diversidade de materiais (BARBIERI; MACHLINE, 2006); • a aquisição, manuseio e gerenciamento dessa heterogeneidade de materiais correspondem em torno de 43% da composição dos gastos dos hospitais (PONTES et al., 2008); • os resíduos hospitalares precisam ser gerenciados com cautela, cuja haja tratamentos especiais para cada tipo de resíduos (lixo comum, biológicos, químicos, farmacêuticos, radioativos etc.), para evitar riscos ao meio ambiente e infeccioso à comunidade (DUNGAN, 1992; FEDORAK; ROGERS, 1991; FERREIRA, 1995).	**MOVIMENTAÇÃO E MANUSEIO DE MATERIAIS** • processar pedidos: desencadeia a movimentação dos materiais e serviços solicitados pelas áreas; • transportar: suprir todas as necessidades de transporte de materiais, máquinas e equipamentos; • dispensar materiais e medicamentos a áreas solicitantes, na quantidade, com qualidade e no tempo desejado; • desenvolver kitinização (produção de kits - fragmentar os materiais ou medicamentos em doses unitárias); • analisar e planejar o fluxo de materiais para desenvolver processos otimizados de movimentação e manuseio de materiais; • gerir, controlar, tratar e descartar resíduos hospitalares.
	Manuseio de materiais • seleção e normas de substituição dos equipamentos; • procedimentos para seleção dos pedidos, para alocação e recuperação de materiais.	**Função de gerenciamento** • controlar e gerenciar materiais através de: inventários, padronização de materiais, ferramentas de análise e gestão de materiais.		
	Processamento de pedidos • atividade que desencadeia a movimentação dos produtos e serviços solicitados pelos usuários.			
	Cooperar com a produção • especificar quantidades de suprimentos, sequencias e tempo do volume para produção.			

Quadro 7: Proposta de atividades logísticas hospitalares para o fluxo de materiais
Fonte: Desenvolvido pela autora

continuação

	(A) Ballou (2001; 2006b)	(B) Barbuscia (2009)	(C) Autores da organização hospitalar	(D) Autora
	Atividades logísticas	**Funções da gestão de suprimento na administração hospitalar**	**Pontos relevantes encontrados**	**Atividades logísticas hospitalares PROPOSTAS para o fluxo de materiais**
Cliente	**Serviço ao cliente** • determinar às necessidades, os desejos, as reações dos clientes aos serviços logísticos; • estabelecer os níveis de serviços ao cliente;	**Função de Administração de materiais** • previsão de demanda; • receber e armazenar os materiais; • inspecionar e rejeitar; • controlar os estoques; • atender a usuários: solicitação ou requisição de materiais.	**Previsão de demanda** • previsão de demanda bem planejada e com controle dos estoques são um dos quesitos que devem ser aperfeiçoados ao máximo a fim de diminuir a permanência dos estoques nas prateleiras, os prazos de entrega entre outros (SANTOS, 2006b).	**GESTÃO DE ESTOQUES** • prever demanda de materiais; • determinar as necessidades dos clientes aos serviços logísticos; • desenvolver políticas e pontos estratégicos de estocagem; • planejar e gerir a reposição dos estoques; • controlar os estoques, por meio de inventários, padronização e classificação de materiais, ferramentas de análise etc.
Administração Estoque	**Administração de estoques** • políticas de estocagem dos materiais; • estratégias de *just-in-time*, de empurrar e de puxar; • previsão de vendas a curto prazo, do número, tamanho, localização e variedade de materiais nos pontos de estocagem.		**Administração patrimonial e de inventários** • Administração patrimonial desenvolve medidas de preservação; controle e permite que se conheça a qualquer momento, o acervo dos bens, sua localização etc.; Já o inventário lista e controla os materiais, os inúmeros ativos permanentes, fixos, móveis e de pequeno porte. Essas atividades são fundamentais para o bom funcionamento dos hospitais (MACHLINE; CARREIRA, 2009	
Armazenagem	**Armazenagem** • determina o espaço, o *layout* do estoque, do desenho das docas, a configuração do armazém e a localização do estoque.		**Estoques e armazenagem** • é sabido que os estoques custam caro a qualquer organização (VECINA NETO; DROUIN, 1995); • os estoques e armazenagem são as funções de alto custo dentro dos hospitais (PORTER; TEINSBERG, 2004); • é importante a atividade de montar e operar o sistema de reposição de estoques numa organização hospitalar ((BARBIERI; MACHLINE, 2006; POULIN, 2003).	**GESTÃO DE ARMAZENAGEM** • receber e armazenar os materiais; • inspecionar e rejeitar os materiais; • determinar o espaço, o *layout* do estoque, a configuração do almoxarifado e farmácia, e a localização do estoque; • desenvolver embalagens protetoras para kits e unitarização (doses unitárias, específicas por usuário) de medicamentos e materiais.
	Embalagem protetora • projetadas para manuseio, estocagem, proteção contra perdas e danos;			

continuação

	(A) Ballou (2001; 2006b)	(B) Barbuscia (2009)	(C) Autores sobre a organização hospitalar	(D) Autora
	Atividades logísticas	**Funções da gestão de suprimento na administração hospitalar**	**Pontos relevantes encontrados**	**Atividades logísticas hospitalares PROPOSTAS para o fluxo de materiais**
Informações	**Manutenção de informação** • procedimentos de controle, de coletas, armazenagem, manipulação e análise de dados e informações. **Fluxo de informações** • atividade que desencadeia a movimentação dos produtos e serviços de entrega; • procedimentos de interface entre pedidos de compra e estoque; • métodos de transmissão de informações sobre pedidos, e suas regras.	**Função planejamento** • agregar funções básicas de planejamento, execução, acompanhamento e controle das compras e manipulação dos materiais e medicamentos de acordo com a capacidade orçamentária; • relacionar com diversos órgãos e entidades dentro e fora do hospital por meio de procedimentos específicos e programados; • desenvolver e implantar métodos e processos necessários para o bom desempenho das atividades formuladas para a saúde pública.	**Informações e conhecimento** • quanto mais conhecimento, informações e capabilidades desenvolvidas para gerir os materiais de forma adequada, maior será a competência do hospital em oferecer a seus clientes, serviço de qualidade com baixos custos operacionais (BARBIERI; MACHLINE, 2006; LIMA GONÇALVES et al., 2009).	**GESTÃO DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DE MATERIAIS** • desenvolver procedimentos de coletas, armazenagem e manipulação dos dados e informações no sistema de informação/ gestão; • desenvolver procedimentos de interface entre pedidos de compra e estoque no sistema de informação/gestão; • criar métodos de transmissão de informações sobre pedidos e suas regras no sistema de informação/ gestão; • atualizar de forma dinâmica os dados e informações sobre o fluxo de materiais no sistema de informação/ gestão; • desenvolver funções de controle das informações e dados do fluxo de materiais, através de indicadores de desempenho, metas etc.
Terceirização	———	**Função de terceirização** • terceirizar serviços rotineiros para empresas ou pessoas capacitadas; • analisar, selecionar e manter o mesmo ou melhor nível de qualidade dos serviços ao menor custos. **Função administração de contrato** • verificar, fiscalizar, avaliar e aprovar os serviços executados por terceiros, pactuados e regulamentados com base em um contrato de cláusulas especificas e na Lei Nº 8.666/1993.	**Terceirização** • está sendo vista como uma forma de auxiliar na complexidade da gestão hospitalar (BARBUSCIA, 2009). • deve ser vista como uma das alternativas a buscar maior eficiência e qualidade ao ambiente hospitalar (DUARTE, 1998); • as organizações hospitalares estão a terceirizar para suprir forças de trabalho e serviços (CARVALHO; GIRARDI JR., 1999).	**GESTÃO DE TERCEIROS** • analisar, selecionar, planejar serviços rotineiros e de apoio do fluxo de materiais que podem ser otimizados; • planejar para reduzir os custos, melhorar a qualidade, a flexibilidade e agilidade dos serviços rotineiros e de apoio ao fluxo de materiais; • gerir e controlar se os serviços rotineiros e de apoio ao fluxo de materiais terceirizados são executados conforme contrato.

As atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais (Quadro 7) são: compras, movimentação e manuseio de materiais, gestão de estoque, gestão de armazenagem, gestão do fluxo de informações de materiais, e gestão de terceiros. O intuito é proporcionar melhor compreensão e auxiliar a visualizar quais atividades serão focadas durante aplicação da sistemática de identificação dos estágios organizacionais da logística, apresentado na próxima subseção.

5.4.3 Proposta de sistemática para identificação dos estágios organizacionais da logística

A proposta de sistemática para nortear a identificação do estágio organizacional da logística do fluxo de materiais nas organizações hospitalares desenvolveu-se com base: nos elementos e componentes organizacionais da estrutura organizacional; nas atividades logísticas hospitalares propostas, verificando como estão distribuídas e identificando quem as executam, quem controlam, quem coordenam e a quem estão subordinadas; nos estágios evolutivos de Bowersox et al. (2001; 2007); e nos tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas reconhecidos por Kim (2007).

Oliveira (2005) ressalta que os conceitos associados às dimensões da estrutura organizacional podem ser utilizados para a estrutura da logística, sem perda de significado, apesar de variar de acordo com o entendimento de cada pesquisador durante um determinado estudo. Assim sugerem-se os seguintes parâmetros para balizar os estágios organizacionais da logística, e consequentemente, a estrutura das atividades logísticas, divididos em quatro fases (Figura 17):

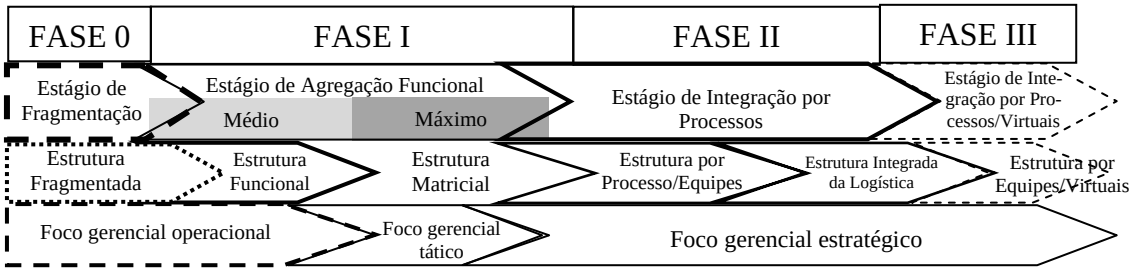


Figura 17: Estágios e estruturas organizacionais da logística
Fonte: Elaborado pela autora com base em Bowersox et al. (2001) e Kim (2007)

FASE ZERO:

- **Estágio de fragmentação**: quando as atividades logísticas hospitalares estiverem distribuídas aleatoriamente pela estrutura organizacional, sob a autoridade e controle de vários departamentos, que dificilmente se comunicam e podem ter objetivos conflitantes, com foco gerencial operacional. Em outras palavras, há

baixa centralização e formalização das atividades logísticas, com estrutura fragmentada da logística;

FASE I:

- **Estágio de agregação funcional**: visa agrupar (médio ou algumas) as principais atividades logísticas sob a autoridade e coordenação de um departamento (ex. estrutura funcional), que continua a comunicar-se o mínimo com as demais áreas (assistência clínica, financeira, comercial etc.), trabalhando de forma independente, com foco gerencial operacional a tático. Há uma elevada centralização das atividades logísticas, com pouco conhecimento e distinção entre elas, gerando uma moderada formalização. Ainda nesse estágio, mas alcançando certo grau de evolução, procura-se agrupar ao máximo as atividades logísticas (todas as atividades ou quase todas), sob a autoridade de uma área ou um único gerente que equilibra a comunicação e o controle com as outras áreas, atuando como coordenador e integrador (estrutura matricial), com foco gerencial estratégico na eficácia operacional. Nessa estrutura, a centralização e a formalização das atividades logísticas são moderadas;

FASE II:

- **Estágio de integração por processos**: as atividades logísticas estão distribuídas de forma coerente na estrutura organizacional, mas existe uma equipe que atua na comunicação, na integração e na coordenação de todas as decisões relevantes dos processos logísticos e dos fluxos, ficando sob a supervisão e controle (autoridade) as áreas funcionais (ex. estrutura por processos e equipes), com foco estritamente estratégico. Há baixa centralização, mas elevada formalização das atividades logísticas; Ou ainda, pode existir uma área de logística que integra, coordena e controla todos os processos e atividades logísticas (comunicação/ autoridade), estando as demais áreas subordinadas a ela (estrutura integrada da logística). Assim, há alta centralização e formalização das atividades logísticas, com foco gerencial estratégico;

FASE III:

- **Estágio de integração por processos virtuais**: quando as atividades e processos logísticos estiverem integrados, coordenados e conectados por uma equipe virtual, com comunicação, troca de informações e conhecimento também virtual, sob o

controle de resultados de um executivo ou escritório central (autoridade), localizado em qualquer lugar do planeta, com foco gerencial estratégico dinâmico. A centralização é baixa, e a formalização das atividades logísticas é alta.

Vale observar que os estágios organizacionais da logística podem não seguir a estrutura ou as estruturas organizacionais de uma organização. Por exemplo: em uma organização pode encontrar-se uma estrutura funcional, dividida em departamentos (compras, produção, marketing/vendas e finanças), e as atividades logísticas podem estar distribuídas aleatoriamente entre as áreas existentes, sem ou quase nenhum contato. Assim, o estágio da logística será fragmentado (estrutura fragmentada da logística) e não de agregação funcional (estrutura funcional). Outro exemplo, ainda predominando a estrutura funcional na organização, mas com as atividades logísticas tratadas por processos, coordenadas e integradas por uma equipe, com baixa centralização e elevada formalização, posicionando-se no estágio da logística de integração por processos, e estrutura por processo/equipes. Isso ressalta a necessidade de se conhecer quais são as atividades logísticas de uma organização, para analisar como estão dispersas, agregadas ou integradas.

5.4.4 Tratamento e análises dos dados, informações e evidências coletadas

Coletado os dados, informações e evidências do estudo de caso, desenvolve-se a estrutura a tratar e a findar a análise do mesmo:

1. Apresentação do caso estudado, suas características, identificações e informações sobre os respondentes do roteiro de entrevista;

2. Descrição do caso, de forma sintetizada e categorizada dos dados e informações obtidos com o roteiro de entrevista e da pesquisa dos documentos disponibilizados;

3. Análise do caso sob o enfoque da proposta de sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional, e verificar a estrutura organizacional encontra-se na instituição;

4. Análise do caso sob o ponto-de-vista da proposta de sistemática para nortear a identificação do estágio organizacional da logística, logo, à estrutura das atividades logísticas;

5. Verificar as influencias da estrutura organizacional do estudo de caso na logística integrada;

6. Ressaltar as contribuições, as limitações e oportunidades para novas pesquisas.

5.5 Ética na pesquisa

A ética na pesquisa refere-se a clareza e integridade com os envolvidos no estudo, a conseguir o consentimento informado dos pesquisados, além de desenvolver acordos a cumprir sobre o emprego, manipulação, análise e divulgação dos dados, incluindo a confidenciabilidade (BLAXTER; HUGHES;TIGHT, 2001[9] *apud* BELL, 2008).

Para Cooper e Schindler (2003:110) "o objetivo da ética na pesquisa é assegurar que ninguém seja prejudicado ou sofra consequencias adversas devido às atividades de pesquisa." Segundo os autores, não há uma abordagem ou conjunto de normas único para a ética, pois existem diversas restrições não previstas enfrentadas pelos pesquisadores. Os códigos e regulamentações podem guiá-los, mas há a necessidade de um consenso sobre padrões éticos para pesquisadores e exige-se integridade pessoal dos mesmos.

Collis e Hussey (2005) enfatizam que não há um código escrito de ética para pesquisa em administração, e que depende do pesquisador, junto com seu orientador ou provedor, determinar o que é ético.

As diretrizes éticas adotadas para o desenvolvimento desta pesquisa foram: enviar um e-mail apresentando o pesquisador, os propósitos da pesquisa, a forma a ser conduzida, a identificação de quem iria manipular os dados e informações, o compromisso de sigilo, de não solicitação de informações confidenciais e o compartilhamento dos resultados pós-análises.

[9] BLAXTER, L; HUGHES, C.; TIGHT, M. (2001). How to research, 2nd edn. Buckingham: Open University Press. p. 157-161

6 Estudo de caso

"A experiência ensina que os homens são de tal forma governados por aquilo que estão acostumados a ver e a praticar, que os mínimos e mais óbvios melhoramentos nas atividades mais comuns são adotados com hesitação, relutância e através de lentas gradações."
Alexandre Hamilton (1791)

O sexto capítulo apresenta os resultados obtidos com o estudo de caso. Tal estudo buscou aplicar as sistemáticas propostas para caracterização da estrutura organizacional e identificação dos estágios organizacionais da logística, analisar os resultados e as influências de uma em relação a outra.

6.1 Dados e informações obtidas durante estudo do caso

Os dados e informações colhidas durante a pesquisa do estudo de caso do Hospital Universitário e de Ensino Público (HUEP) serão sintetizadas em quadros, a começar no Quadro 8, com informações gerais para caracterizar o hospital e os respondentes.

A Assessoria Técnica encaminhou via mensagem eletrônica, em 10 de março, os documentos solicitados (organogramas, regulamento, relatório de atividades e princípios organizacionais) e sanou eventuais dúvidas (divisão de responsabilidades, autoridade, níveis hierárquicos da área de assistência clínica e administrativa etc.) que surgiram ao longo da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em 05 de abril de 2010, com a Diretora do Departamento de Apoio Administrativo, a Gerente da Divisão de Materiais, a Gerente do Serviço de Almoxarifado, e brevemente, de maneira informal, com o Chefe da Seção de Recepção e Chefe da Seção de Estoque (APÊNDICE C).

Informações gerais	
Caracterização HUEP	
• **Fundado**: 1956 (obs. já com vínculo a universidade); • **Certificado como hospital de Ensino**: 2005; • **Instituição de ensino**: público; • **Hospital:** público/estadual; • **Complexidade:** nível terciário; • **Nº especialidades:** 44; • **Área construída**: 119.330,92 m^2; • **Nº consultórios/Salas de atendimentos**: 275; • **Nº salas cirúrgicas**: 35; • **Nº laboratórios**: 25; • **Nº de almoxarifados**: 03(01-material de consumo; 01-materiais de engenharia/conservação/reparo; 01- medicamentos); • **Nº de farmácias**: 05 (farmácia central; farmácia de alto custo; farmácia industrial: manipula alguns itens; farmácia da quimioterapia; e farmácia da Unidade de Emergência); • **Nº de centros de custos:** 335;	• **Total de leitos**: 860 (Porte: capacidade extra); Divididos em: 715 leitos gerais, 23 leitos particulares, 36 leitos de Hospital-Dia, 60 leitos de UTIs e 26 CTIs; • **Nº consultas/dia:** 2.500; • **Nº cirurgias/dia:** 60; • **Nº internações/dia**: 90; • **Nº exames laboratoriais/dia**: 6.000; • **Nº exames especializados/dia:** 2.000; • **Nº exames radiológicos/dia:** 500; • **Nº Funcionários:** 5.254; • **Nº Professores/áreas clínicas:** 211; • **Nº Médicos residentes:** 527; • **Nº Aprimorandos:** 80; • **Nº refeições/dia:** 10.000; • **Nº municípios que atende:** 26 (obs.: atende casos encaminhados de mais 85 municípios da região); • **População aproximada:** 5.200.000 habitantes.

Quadro 8: Informações gerais sobre HUEP
Fonte: Elaborado pela autora com base na documentação disponibilizada e entrevistas

continuação

Caracterização dos respondentes **R1=** Nível Diretoria; **R2**= Nível Gerencial; **R3=** Nível Operacional		
• **R1 - cargo:** Diretora do Depto de Apoio Administrativo (subordinado a Superintendência); • **R1 – tempo no cargo:** 8 anos; • **R1 – tempo na instituição:** 32 anos; • **R1 – formação acadêmica:** Graduada Serviço Social; especializada em Gestão de Materiais; • **R1 – sexo:** feminino;	• **R2 - cargo:** Diretora ou Gerente da Divisão de Materiais (subordinado ao Depto de Apoio Administrativo); • **R2 – tempo no cargo:** 6 anos; • **R2 – tempo na instituição:** 17 anos; • **R2 – formação acadêmica:** Graduada Administração e Ciências Contábeis; • **R2 – sexo:** feminino;	• **R3 - cargo:** Diretora ou Gerente do Serviço de Almoxarifado (subordinado a Divisão de Materiais); • **R3 – tempo no cargo:** 12 anos; • **R3 – tempo na instituição:** 29 anos; • **R3 – formação acadêmica:** Graduada Licenciatura; especializando em Gestão de Materiais; • **R3 – sexo:** feminino;

Apesar de não conseguir entrevistar o superintendente do HUEP foram solicitados informações quanto a sua formação acadêmica (graduado em Medicina, especializado em Clínica Médica, Mestrado e Doutorado em Medicina Preventiva), tempo de instituição e tempo no cargo (07 anos em ambos), para verificar se sua formação e ou experiências profissional influenciam na gestão administrativa da instituição, como se encontram relatos na literatura hospitalar.

O Quadro 9 compila as informações e dados pesquisados com base na proposta de sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional (subseção 5.4.1) do estudo de caso.

Caracterização da estrutura organizacional	
Parte I: elementos organizacionais	
Atividades	• Formalmente o trabalho é dividido em atividades e agrupado por departamentos, divisões, serviço e ou seções, considerando-se os vínculos e sequencias de realização. Na prática (informalmente) as atividades são fragmentadas por funções, seguindo os POs e trabalhando de forma autônoma.
Autoridade	• A autoridade está dispersa formalmente seguindo os níveis hierárquicos, descritos no regulamento da instituição e nos Procedimentos Operacionais (POs), atualizados constantemente em virtude do programa CQH. Já na prática do dia-a-dia, a autoridade é recriada ao longo de alguns processos, restringindo-se o poder de decisão a algumas funções sem a interferência de seu 'formal superior'.
Comunicação	• O sistema de comunicação segue duas vias: o formal, ou seja, a hierarquia, transmitindo as informações, objetivos e estratégias, por meio de intranet, murais ou quadros informativos, reuniões programadas (bimestralmente nas divisões e ou serviços; mensais no departamento; mensais na administração superior com a alta administração) e extraordinárias; e informalmente dentro das funções autônomas.

Quadro 9: Sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional
Fonte: Elaborado pela autora com base na documentação disponibilizada e entrevistas

continuação

Parte II: componentes organizacionais	
Complexidade	• As atividades são agrupadas entre departamentos, divisões, assessorias e comissões, totalizando aproximadamente 26 áreas; fora as sub-áreas: seções, comitês e as áreas denominadas serviços; Essa complexidade aumenta devido à autonomia que surgem informalmente de algumas funções dentro dessas áreas. • Há 5 níveis hierárquicos: Administração Superior (Superintendência, Conselho Deliberativo e Diretoria Clínica); Alta administração (Diretores de Departamentos, Assessoria Técnica, Gabinete Superintendência, Procuradoria Jurídica e CEAPS); Média administração (Diretoria ou Gerencia das Divisões e Serviços); Baixa administração (Chefes e encarregados das divisões, serviços e seções); e Operacional.
Centralização	• Formalmente a autoridade por tomar decisões são concentradas nos níveis hierárquicos, quanto mais alto o nível hierárquico maior o poder de decisão, ficando o operacional responsável em executar. No dia-a-dia, a partir da Alta Administração, a centralização da autoridade é fragmentada pelos cargos de diretores/gerentes das divisões ou serviços, por exemplo, continuando o operacional responsável em executar.
Formalização	• A formalização pode ser considerada alta, pois há POs a serem seguidos para todas as funções; todo o trabalho é documentado via banco de dados no computador e ou em arquivos com pastas/processos. Seguem com rigor o regulamento, os POs, regras e normas estabelecidas, normalmente, utilizam-se desses para segmentar na prática a autonomia e controle das funções, dizendo seguir o que está escrito nos POs e estipulado como metas a área, buscando independentemente o seu melhor.
Parte III: fatores contingencias	
Objetivos	• Os objetivos são formulados pela administração superior e alta administração. São divididos em: objetivo principal, ou seja, o da instituição, e desdobrado em objetivos secundários ou sub-objetivos, para cada departamento, divisão, serviço e seção; • O objetivo principal é divulgado para todos na instituição e os objetivos secundários são divulgados somente para os departamentos ou divisões ou seções a que se referem. A divulgação é realizada através de murais, intranet, relatórios e reuniões. Ficam fixados permanentemente nos murais.
Estratégias	• A administração superior e a alta administração traçam as estratégias e liberam o planejamento autorizado (planejamento a ser executado) aos níveis médio, baixo e operacional. O planejamento é realizado anualmente e acompanhado mensalmente pelo Grupo de Avaliação de Desempenho, através de indicadores dos departamentos/divisões/serviços/ seção, que devem permanecer fixados nos murais das áreas.
Ambiente Organizacional	• A definição do ambiente organizacional do hospital será descrito na seção de análise; • As pesquisas sobre o perfil do usuário do hospital são realizadas pela Divisão Epidemiológica e Docentes, que passam os resultados para a Assessoria Técnica realizar o planejamento relacionando as possíveis áreas envolvidas.
Tecnologia	• À quase 10 anos investiram pesado em *hardwares* e *software*, para desenvolver o sistema de gestão de materiais. Mas constantemente se desenvolvem novas interfaces para coletar dados, além de realizar ajustes para otimizar os processos e *hardware*s. Os investimentos mais recentes são as interfaces para avaliar fornecedores e controlar estoques por meio de códigos de barras/etiquetas; • O sistema de gestão de materiais engessa o processo do fluxo de materiais e fraciona as responsabilidades, o controle e a coordenação.
Recursos Humanos	• Treinamentos específicos às áreas são fornecidos quando contratam-se funcionários, há alguma alteração no sistema de informação/gestão, e aquisição de equipamentos diferentes/novos; • O RH desenvolve mensalmente cursos, palestras ou workshops, deixando livre para qualquer funcionário participar, como: gestão de pessoas, recepção de pessoas, comunicação, motivacionais etc.; • Não há plano de carreira, mas criam-se novos artifícios motivacionais de melhoria das condições de trabalho do funcionário.
Histórico da organização, idade e tamanho	• Houve reajuste e reagrupamento de algumas atividades para facilitar na coordenação e controle, como exemplo: criou-se a divisão de hotelaria; o cargo de gerencia do ambulatório entre outros, mas permanece com a estrutura hierárquica vertical.

A Figura 18 representa o organograma geral do HUEP, vindo a complementar a sistemática para caracterização da estrutura organizacional da instituição. No Anexo D, apresentam-se os organogramas detalhados de cada área abordada na Figura 18.

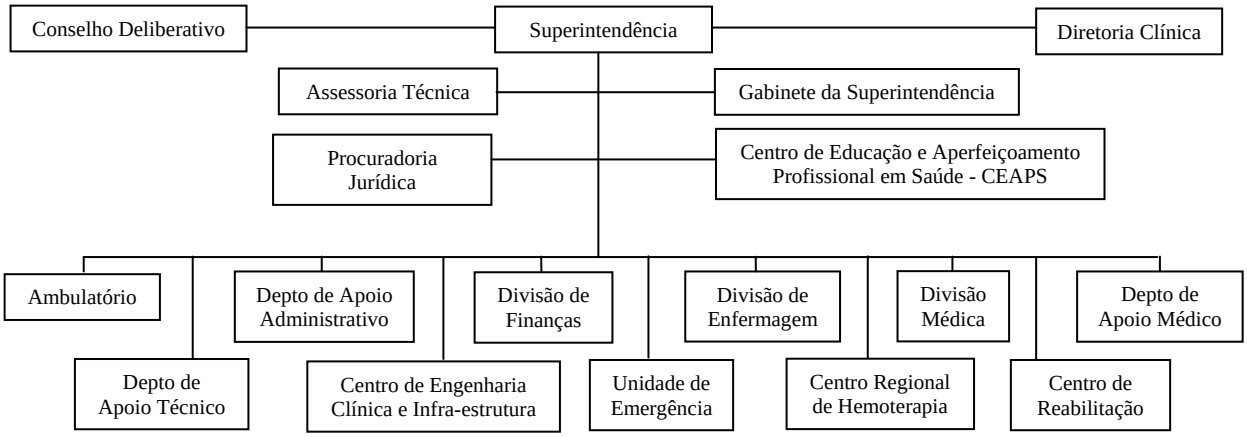


Figura 18: Organograma do HUEP
Fonte: Documento disponibilizado pelo HUEP

A Figura 19 representa o organograma do HUEP, com destaque para as áreas que executam alguma atividade logística do fluxo de materiais.

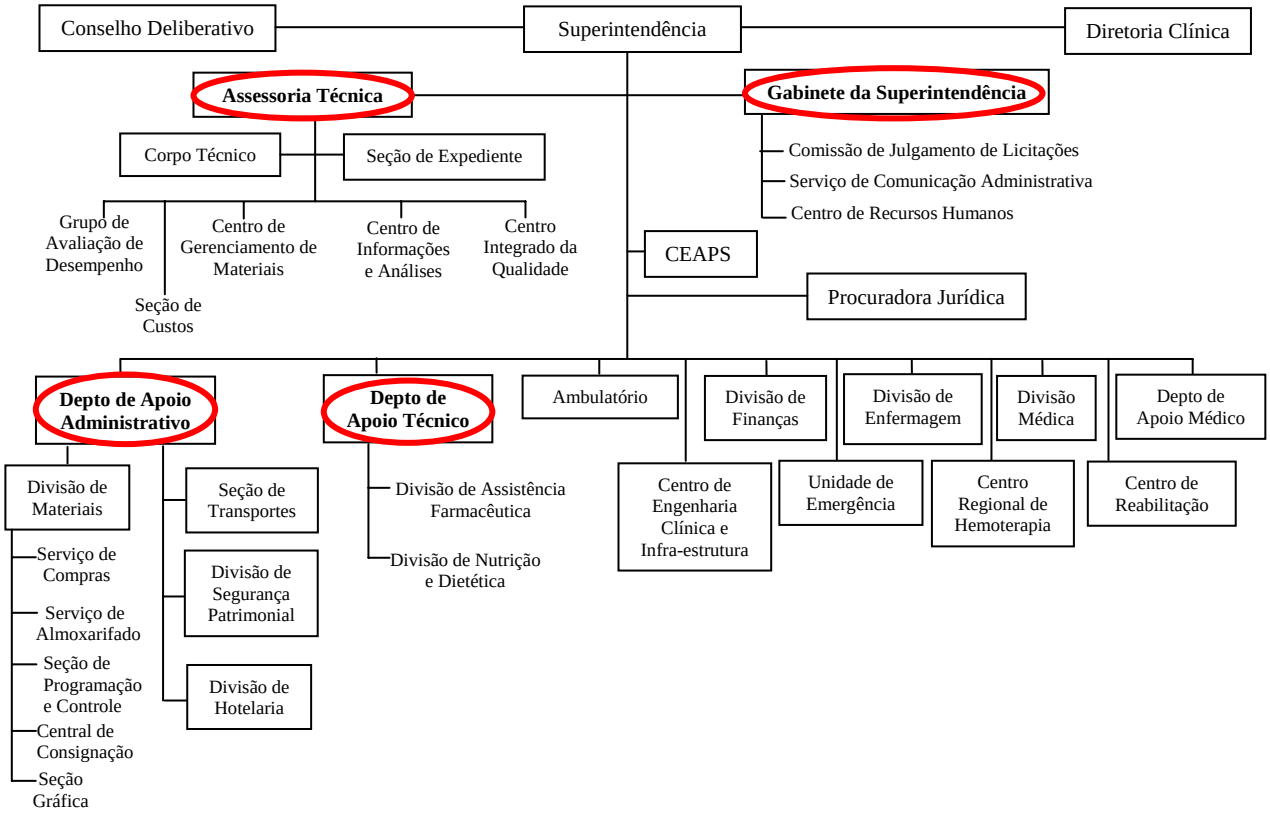


Figura 19: Organograma com destaque para áreas que executam as atividades logísticas do HUEP
Fonte: Elaborado pela autora com base na documentação disponibilizada e entrevistas

As áreas relacionadas diretamente com a logística do fluxo de materiais do HUEP, em destaque na Figura 19, são Assessoria Técnica, Gabinete da Superintendência, Departamento de Apoio Administrativo e Departamento de Apoio Técnico. Seus objetivos e

sub-áreas, segundo regulamento disponibilizado e informações atualizadas sobre a estrutura organizacional no site da instituição:

- Assessoria Técnica: seu objetivo é assessorar diretamente o Superintendente no controle administrativo e financeiro das atividades do HUEP; ainda, opinar em projetos de acordo com a solicitação da Superintendência, transmitir o planejamento anual autorizado da instituição, que é realizado durante reunião programada com o Conselho Deliberativo, Superintendência, Diretoria Clínica, Assessora Técnica, Gabinete da Superintendência e Diretores de departamentos (Apoio Administrativo, Apoio Técnico, Divisão de Finanças, Ambulatório etc.); sub-áreas: Grupo de Avaliação de Desempenho, Seção de Custos, Centro de Gerenciamento de Materiais Hospitalares, Centro Integrado da Qualidade, que promove a implementação de políticas de qualidade, e Centro de Informação e Análise, responsável pelo gerenciamento e implantação de novos sistemas informatizados;

- Gabinete da Superintendência: entre outras atividades está a de supervisionar as sub-áreas: Serviço de Comunicações Administrativas, responsável por toda atividade de protocolo de documentos e controle de processos administrativos; Centro de Recursos Humanos têm o objetivo de gerenciar e apoiar os funcionários, além de desenvolver treinamentos, capacitação e aprimoramento de seus profissionais, a fim de que as suas Unidades possam prestar serviços de excelência à população assistida; e a Comissão de Julgamento de Licitações - CJL, têm as atribuições de processar, analisar, julgar e divulgar todas as licitações promovidas pelo HUEP, nas modalidades Convites, Tomadas de Preços, Concorrências Públicas, Pregões, Leilões e BEC. Responsável pelo cumprimento de formalidades legais, desde a abertura em sessão pública, até a homologação e divulgação de todos os atos, a CJL desempenha os procedimentos formais, de acordo com a Lei Federal de Licitações N°. 8666/1993 e suas alterações: o Decreto Estadual n°. 46.074/2001, que regulamenta a BEC e a Lei Federal n°. 10.520/2002, que dispõe sobre o funcionamento dos Pregões;

- Departamento de Apoio Administrativo: presta serviços às unidades administrativas, nas áreas de materiais, segurança patrimonial, hotelaria hospitalar e transportes. Tem como objetivo a responsabilidade pelo abastecimento de bens materiais e permanentes, no tempo certo, com qualidade e ao menor preço, bem

como prover a segurança patrimonial da instituição e o controle de transportes internos motorizados. Suas sub-áreas, são:

- Divisão de Materiais: tem como objetivo manter o sistema produtivo da Instituição com todos os materiais – quantitativa e qualitativamente – disponíveis nas áreas usuárias, em tempo hábil e otimizando os recursos financeiros. Tem como subordinadas: Seção de Programação e Controle (possui chefe e funcionários operacionais); Serviço de Compras (dividido em Seção de Licitações com chefe e funcionários operacionais; Seção de Compras com Dispensa em chefe e funcionários operacionais; e Setor de Cadastro com encarregado e funcionários operacionais), Serviço de Almoxarifado (dividido em: Seção de Recepção com chefe e funcionários operacionais; Seção de Estoque com chefe e funcionários operacionais, ainda sub-divide-se em: Setor de Inflamáveis, Setor de Gêneros Alimentícios, Setor de Dispensação; Setor de Etiquetagem e Setor de Químicos tendo cada setor encarregados e funcionários operacionais); Seção de Consignação (possui chefe, encarregado e funcionários operacionais); Seção de Gráfica (possui chefe e funcionários operacionais; e sub-dividi em: Setor de Impressão e Setor de Composição com encarregados e funcionários operacionais cada);
- Divisão de Segurança Patrimonial: objetiva promover conscientização, fiscalização e prevenção continuada da segurança patrimonial, visando impedir e inibir ações criminosas contra a Instituição, assim como garantir a integridade física, distribuição, informação, recepção, controle de pessoal e bens materiais no âmbito hospitalar, por meio de infra-estrutura, recursos humanos e tecnológicos de qualidade. Tem como subordinado: Portarias, Jardinagem, PABX, Elevadores e Administração de bens patrimoniais;
- Seção de Transportes: visa prestar serviços às diversas áreas do hospital, suprindo todas as necessidades de transporte de servidores, máquinas e equipamentos, materiais, pacientes, e inclusive viagens, com atendimento qualitativo aos clientes internos e externos; e
- Divisão de Hotelaria Hospitalar, que busca coordenar e otimizar sistematicamente as atividades de lavanderia, arrumação, higiene e limpeza;

- Departamento de Apoio Técnico: visa o atendimento integral e humanizado ao paciente, no contexto de um Hospital Universitário, abrangendo Assistência, Ensino e Pesquisa. Integra a administração no planejamento e execução das políticas de saúde. Tem como objetivo promover o desenvolvimento de ações e serviços de saúde nas áreas de: Farmácia, Nutrição, Serviço de Arquivo Médico, Serviço Social Médico e Serviço de Informação, Internação e Controle de Leitos. Tem como sub-áreas:
    - Divisão de Assistência Farmacêutica: é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científico e administrativo, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos às Unidades Hospitalares, bem como a Atenção Farmacêutica a pacientes internos e externos, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se, também, para o ensino e para a pesquisa, propiciando um vasto campo de aprimoramento profissional; e
    - Divisão de Nutrição e Dietética: presta assistência nutricional e específica aos pacientes internados, de ambulatório, casas de apoio, centro de convivência infantil, médicos residentes, docentes, aprimorandos e equipe de atendimento de plantão noturno, fornecendo também café e pão a todos os servidores.

Alguns pontos relevantes a descrever referente ao fluxo de materiais são:

- o processo de compra para materiais em licitação é realizado num prazo de 45 a 90 dias, após as inserções dos pedidos no sistema;
- o processo de licitação para locação de equipamentos, por exemplo, de laboratórios, leva em média 6 meses, depois da inserção do pedido;
- o processo de compra é dividido em compra por dispensa e licitação. Em cada um desses processos os funcionários são divididos por linhas de materiais;
- no inventário do estoque do ano de 2009 foram registrados 8 mil itens diferentes de materiais;
- contratou-se consultoria em Logística para analisar o fluxo de materiais e desenvolver propostas de otimização dos processos (a iniciar);

- o Grupo de Avaliação de Desempenho monitora se os quadros informativos das áreas são atualizados com as informações de metas, indicadores de desempenho etc.;
- os POs são atualizados constantemente em virtude do programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Esses POs são visualizados pelos funcionários via intranet, não sendo liberada visualização ou cópia para estranhos ou funcionários que não desenvolvam a função;
- em 2010, iniciou-se a avaliação de fornecedores quanto a prazo de entrega, quantidade certa, qualidade, informações corretas na nota fiscal etc, como forma de seleção dos fornecedores, o que segundo a área de Procuradoria Jurídica da instituição não pode ser feito, pois o processo a ser seguido é o regulamentado pela Lei N° 8.666/1993. Pode-se somente notificar o fornecedor sobre sua pontuação.

No Quadro 10 buscou-se verificar como estão distribuídas as atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais, identificando quem as executam, quem controlam, quem coordenam e a quem estão subordinadas, a fim de nortear a análise de identificação do estágio organizacional da logística do estudo de caso.

Atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais	Quem executa	Quem controla	Quem coordena	A quem é subordinado
COMPRAS • preparar e divulgar licitação; • elaborar, selecionar, desenvolver, cadastrar e manter atualizado o banco de fornecedores; • formalizar contratos e diligenciá-los; • adquirir materiais e suprimentos de boa qualidade, ao menor preço, na quantidade e tempo desejado; • manter bom relacionamento comercial com fornecedores.	• Funcionários operacionais do Serviço de Compras são dividido por linhas de materiais e em: • (1) Seção de Licitações; e • (2) Seção de Compras com Dispensas; • (3) Setor de Cadastro; • (4) Seção de Consignação.	• (1) Chefe da Seção de Licitações; • (2) Chefe da Seção de Compras com Dispensa; • (3) Encarregado do Setor de Cadastro; • (4) Encarregado da Seção de Consignação.	• (1) Diretor do Serviço de Compras e Comissão de Julgamento de Licitações - CJL; • (2) Diretor do Serviço de Compras; • (3) Diretor do Serviço de Compras; • (4) Chefe da Seção de Consignação	• (1)Teoricamente (documentos disponibilizados) é subordinado ao Diretor da Divisão de Materiais (Obs. O diretor da Divisão diz não opinar e nem intervir no Serviço de Compras); Já a CJL está subordinado ao Chefe do Gabinete da Superintendência; • (2, 3 e 4) Diretor da Divisão de Materiais;
MOVIMENTAÇÃO E MANUSEI DE MATERIAIS • (1) processar pedidos de materiais, suprimentos e equipamentos; • (2) processar pedidos e dispensar medicamentos às áreas solicitantes; • (3) transportar: suprir todas as necessidades de transporte de materiais, máquinas e equipamentos; • (4) dispensar materiais, suprimentos e equipamentos às áreas solicitantes, na quantidade, com qualidade e no tempo desejado; • (5) desenvolver kitinização; • (6) analisar e planejar o fluxo de materiais para desenvolver processos otimizados de movimentação e manuseio de materiais, suprimentos, equipamentos; • (7) analisar e planejar o fluxo de medicamentos para desenvolver processos otimizados de movimentação e manuseio dos mesmos; • (8) gerir, controlar, tratar e descartar resíduos hospitalares.	• (1) funcionários operacionais da Seção de Programação e Controle; • (2) funcionários operacionais da Divisão de Assistência Farmacêutica; • (3) funcionários operacionais da Seção de Transporte • (4) funcionários operacionais do: Seção de estoque, Setor de Dispensação, Setor de Gêneros Alimentícios, Setor de Inflamáveis e Setor de Químicos. • (5) somente os funcionários operacionais do Centro Cirúrgico desenvolvem esse processo, mas nenhuma outra área utiliza; • (6) funcionários operacionais da Seção de Estoque; • (7) funcionários operacionais da Divisão de Assistência Farmacêutica; • (8) funcionários operacionais do Gerenciamento ambiental de resíduos.	• (1) Chefe da Seção de Programação e Controle; • (2) Chefe da Divisão de Assistência Farmacêutica; • (3) Chefe da Seção de Transporte; • (4) Chefe da Seção de Estoque, e, respectivamente, encarregados dos Setores de Gêneros Alimentícios, Inflamáveis, e Químicos; • (5) Chefe e encarregado do Centro Cirúrgico; • (6) Chefe da Seção de Estoque; • (7) Chefe da Divisão de Assistência Farmacêutica; • (8) Encarregado do Gerenciamento ambiental de resíduos.	• (1) Diretor da Divisão de Materiais; • (2) Diretor da Divisão de Assistência Farmacêutica • (3) Diretor do Serviço de Almoxarifado • (4) Diretor do Serviço de Almoxarifado • (5) Diretor do Centro Cirúrgico; • (6) Diretor do Serviço de Almoxarifado; • (7) Diretor da Divisão de Assistência Farmacêutica; • (8) Chefe do Centro Integrado da Qualidade – CIQ.	• (1) Diretor do Departamento de Apoio Administrativo; • (2) Diretor do Departamento de Apoio Técnico • (3) Teoricamente é subordinado ao Diretor da Divisão de Material (Obs. O diretor da Divisão diz não opinar e nem intervir na área); • (4) Idem 3; • (5) Diretor da Diretoria Clínica; • (6) Idem 3 e 4; • (7) Diretor do Depto de Apoio Técnico • (8) Diretor da Assessoria Técnica.

Quadro 10: Caracterização das atividades logísticas hospitalares do HUEP
Fonte: Elaborado pela autora com base na documentação disponibilizada e entrevistas

continuação

Atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais	Quem executa	Quem controla	Quem coordena	A quem é subordinado
GESTÃO DE ESTOQUES • (1) prever demanda de materiais; determinar as necessidades dos clientes aos serviços logísticos no curto prazo (mês a mês); • (2) idem 1, só que no longo prazo (anual); • (3) desenvolver políticas e pontos estratégicos de estocagem; planejar e gerir a reposição dos estoques; controlar os estoques, por meio de inventários, padronização e classificação de materiais, ferramentas de análise e etc.	• (1) Funcionários operacionais da Seção de Programação e Controle; • (2) Funcionários operacionais da Assessoria Técnica liberam previsão de materiais e recursos financeiros autorizados; • (3) Funcionários operacionais da Seção de Estoque.	• (1) Chefe da Seção de Programação e Controle; • (2) Chefe da Assessoria Técnica; • (3) Chefe da Seção de Estoque.	• (1) Diretor da Divisão de Materiais; • (2) Diretor da Assessoria Técnica; • (3) Diretor do Serviço de Almoxarifado.	• (1) Diretor do Departamento de Apoio Administrativo; • (2) Superintendência; • (3) Diretor da Divisão de Materiais.
GESTÃO DE ARMAZENAGEM • (1) receber e armazenar os materiais; inspecionar e rejeitar os materiais; determinar o espaço, o *layout* do estoque, a configuração do almoxarifado e a localização do estoque; desenvolver embalagens protetoras para unitarização e materiais; • (2) idem 1, só que para medicamentos.	• (1) Funcionários Operacionais da Seção de Recepção e do Setor de Etiquetagem; • (2) funcionários operacionais da Divisão de Assistência Farmacêutica	• (1) Chefe da Seção de Recepção e Encarregado do Setor de Etiquetagem; • (2) Chefe e encarregado da Divisão de Assistência Farmacêutica	• (1) Diretor do Serviço de Almoxarifado; • (2) Diretor da Divisão de Assistência Farmacêutica	• (1) Diretor da Divisão de Materiais; • (2) Diretor do Depto de Apoio Técnico.
GESTÃO DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DE MATERIAIS • (1) desenvolver procedimentos de coleta, armazenagem e manipulação dados e informações no sistema de informação/gestão; desenvolver procedimentos de interface entre pedidos de compra e estoque; e criar métodos de transmissão de informações sobre pedidos e suas regras no sistema de informação/gestão; • (2) atualizar de forma dinâmica os dados e informações sobre o fluxo de materiais no sistema de informação/gestão; • (3) desenvolver funções de controle das informações e dados do fluxo de materiais, através de indicadores de desempenho, metas etc.	• (1) Funcionários operacionais do Centro de Informações e Análises – CIA; • (2) Funcionários operacionais de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, serviço de almoxarifado, divisão de materiais, almoxarifado, farmácia etc.); • (3) Chefes e encarregados de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, almoxarifado, farmácia, divisão de materiais etc.).	• (1) Chefe do CIA; • (2) Chefes e encarregados de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, divisão de materiais, almoxarifado, farmácia etc.); • (3) Diretores de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, divisão de materiais, almoxarifado, farmácia etc.).	• (1) Diretor do CIA; • (2) Diretores de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, divisão de materiais, almoxarifado, farmácia etc.); • (3) Diretor da Assessoria Técnica com o Grupo de Avaliação de desempenho e a Seção de Custos.	• (1) Diretor da Assessoria Técnica; • (2) Superiores a cada nível hierárquico de cada área envolvida no fluxo de materiais (compras, divisão de materiais, almoxarifado, farmácia etc.); • (3) Superintendência.
GESTÃO DE TERCEIROS • (1) analisar, selecionar, planejar serviços rotineiros e de apoio do fluxo de materiais que podem ser otimizados; planejar para reduzir os custos, melhorar a qualidade, a flexibilidade e agilidade dos serviços rotineiros e de apoio do fluxo de materiais; • (2) gerir e controlar se os serviços rotineiros e de apoio ao fluxo de materiais terceirizados são executados conforme contrato.	• (1) Operacional de cada área da Assessoria Técnica (Grupo de Avaliação de desempenho; Seção de Custo e Centro de Gerenciamento de Materiais); • (2) Operacional da área de Administração de Contrato • Obs. Atividades terceirizadas que envolvem o fluxo de materiais são de Limpeza e Lavanderia. Os materiais para funcionamento das mesmas são de responsabilidades da empresa terceirizada.	• (1) Chefe de cada área da Assessoria Técnica; • (2) Gestor de Administração de Contratos.	• (1) Diretor da Assessoria Técnica; • (2) Diretor da Divisão de Hotelaria Hospitalar.	• (1) Superintendência; • (2) Diretor do Departamento de Apoio Administrativo.

Como observado no Quadro 10, o HUEP no lugar da terminologia “gerente” utiliza “diretor”, mas apesar da denominação “diretor” a uma hierarquia formal (documentos da instituição) e com distinção salarial, por exemplo: o diretor de departamento é superior ao diretor de divisão, e este é superior ao diretor de serviço, ou seja, seguem a autoridade dos níveis hierárquicos de uma organização empresarial: diretor, gerente, supervisor, chefe, encarregado e operacional.

6.2 Análise dos resultados

“Num mundo de mudanças rápidas, em que conhecimento e habilidades – necessários – já não são facilmente previsíveis, as organizações devem criar mais condições para que as pessoas liberem seu potencial criativo e promovam as inovações requeridas pelas novas circunstâncias.”

Paulo R. Motta

Esta seção apresenta a análise dos dados e informações adquiridos com o estudo de caso do HUEP. Divide-se em três subseções: a primeira, com o enfoque na proposta de sistemática para orientar a caracterização da estrutura organizacional; a segunda, sob a proposta de sistemática para nortear na identificação do estágio organizacional da logística de materiais, logo, a estrutura das atividades logísticas; e a terceira buscou analisar as influências de uma sistemática em relação a outra, destacando barreiras e possíveis oportunidades.

6.2.1 Análise da estrutura organizacional do HUEP

As informações gerais abordadas no Quadro 8 possibilitam mostrar o porte do hospital (grande, considerado com capacidade extra), sua estrutura física, a abrangência de municípios que atendem, e da idéia do intenso fluxo de materiais, informações e pessoas que circulam diariamente na instituição, concordando com a literatura hospitalar sobre a complexidade e dificuldade em administrar este tipo de organização.

Para gerir o HUEP, o trabalho é formalmente distribuído em <u>atividades</u> agrupadas conforme compatibilidades/afinidades e grau de interdependências do processo, em departamentos, divisões, serviços, seções, setores etc. Na prática essas atividades são fragmentadas por funções, apesar de estarem vinculadas a um departamento, divisão ou serviço, desenvolvem o trabalho de forma autônoma. A <u>autoridade</u> para tomar as decisões e fazer cumprir os objetivos organizacionais segue os níveis hierárquicos, isso ao menos na documentação disponibilizada, pois no dia-a-dia não há interferência do superior da alta administração nos processos e atividades realizadas pela média administração, e até dentro da média administração há segmentação desse poder, por exemplo, a divisão não manifesta opinião na área de serviço. A <u>comunicação</u> é formal, por meio de intranet, murais, relatórios, reuniões bimestrais nas divisões/serviços/seções e mensais no departamento, “normalmente

programadas", fora as extraordinárias. A coordenação e controle são especificados pelos níveis hierárquicos, através dos POs e do regulamento da instituição, mas surgem paralelamente de maneira informais outras coordenações e controles para algumas funções, que buscam fazer o seu melhor e apresentar os resultados estipulados pela administração superior.

Ao examinar os elementos organizacionais do HUEP, observa-se que o modelo de estrutura organizacional é verticalizado, com todos os níveis hierárquicos, desde seção, um nível que pode ser considerado de baixa complexidade com encarregados e chefes, até os departamentos, um nível mais elevado, por sua vez, subordinados à Superintendência, à administração superior de uma organização hospitalar. Assim pode-se dizer que a estrutura organizacional a se destacar no estudo de caso é a estrutura funcional. Aspectos relevantes, como agrupamento de atividades em departamentos baseado nas especialidades, pequena coordenação horizontal, planejamento na base de custos entre outros (subseção 2.4.1), encontrados na literatura, podem corroborar o resultado do arranjo organizacional do HUEP.

Os componentes organizacionais também robustecem essa definição, pois ao explorar a complexidade verifica-se que a quantidade de diferenciação pode ser considerada alta por possuir toda a especialização que pode existir em uma organização, como departamento, divisão, serviço, seção, assessoria, comitê, grupos e os vários níveis hierárquicos (administração superior, alta administração/diretores, média administração/gerencia, baixa administração/chefe/encarregado e operacional), aumentando ainda mais devido à autonomia que surgem informalmente de algumas funções dentro dessas áreas.

Há centralização de poder/autoridade nos níveis hierárquicos mais altos, os quais são responsáveis pela formulação de planejamento autorizado (planejamento a ser executado), estratégias e objetivos, repassando aos níveis mais baixos para executar, controlar e coordenar. Existem casos informais de responsabilidades e autoridades fragmentadas na prática, mas que continuam a centralizar na sua função, não compartilhando ou trabalhando de forma participativa. As responsabilidades, funções e limites que competem à posição dos funcionários estão descritas formalmente (formalização) nos POs, nas normas e regulamento, que são seguidos sem resistência, principalmente pela área operacional, que obedecem à hierarquia. Normalmente, por ser uma organização pública, desenvolvem o trabalho para o qual foram concursados. Algumas funções da média administração utilizam-se dessa formalização para segmentar na prática do dia-a-dia, criam a autonomia e controle para

funções, seguindo e executando a descrição das tarefas que estão nos POs e as metas estipuladas para a área, não a hierarquia, buscam de forma independente o melhor para a função.

Vale salientar que, na área de assistência clínica, o que diferencia da área administrativa é, que apesar de possuir todos os níveis hierárquicos formais apresentados, o nível operacional possui maior autonomia de responsabilidade e autoridade profissional médica, na execução da sua atividade, diferente do operacional da área administrativa que executa basicamente as tarefas que estão descritas nos POs sem poder de decisão. Os níveis hierárquicos mais altos da área de assistência clínica não têm controle e não interferem no trabalho da área operacional (médicos e enfermeiros), apenas programam a grade de horários ou escala, as unidades que vão atender, entre outras atividades que devem ser comunicadas referente ao planejamento da instituição. Isso permite corroborar o que se encontra na literatura hospitalar: na organização hospitalar existe uma distinção e desigualdade entre as normas da área administrativa e da área de assistência à saúde (DENIS et al., 1999; PASCHE, 2009); há hierarquias paralelas – horizontal para o corpo clínico e vertical para os funcionários administrativos (MINTZBERG et al., 2006); as áreas agem como unidades isoladas, observou-se no estudo de caso, não somente relação a área administrativa e de assistência à saúde, mas dentro de cada área. Segundo Porter e Teisberg (2007) existem funcionários dentro das unidades da organização hospitalar que nunca ou quase nunca se encontram, e com informações sem compartilhamento. Isto é preocupante, pois para agregar valor aos serviços oferecidos aos usuários e obter otimização dos processos, atividades e recursos, é fundamental integrar e entender de forma holística a organização.

Percebe-se ao explorar os fatores contingenciais no estudo de caso que:

- os <u>objetivos</u> e as <u>estratégias</u>: são formulados pela administração superior e alta administração; são repassados aos demais níveis hierárquicos para execução, e seguidos genuinamente e acompanhados por indicadores de desempenho, fixados nos murais, o que é bom para o começo da integração. A alta e média administração do HUEP destacam ser importante esta definição e formalização, por auxiliar cumprir-se o trabalho e obterem-se os resultados planejados;
- o <u>ambiente</u> <u>organizacional</u> dos hospitais, para Mintzberg et al. (2006) é complexo e estável (estrutura profissional), pelo trabalho operacional levar a um comportamento padronizado ou previsível, sendo complexo as múltiplas atividades

que existem e devem ser controladas diretamente pelos operadores especialistas que as executam. Mas, para Gurgel Jr. e Vieira (2002), Lima Gonçalves e Aché (1999), Mathews e Thomas (2007), o ambiente hospitalar é complexo e dinâmico, de elevado ritmo, com várias peculiaridades, desenvolvendo atividades de diversas formas e sujeitas a modificações. Além da alta variabilidade demandada, pelo fato de os pacientes necessitarem de tratamentos personalizados e se comportarem subjetivamente de maneiras diferentes, o que dificultam a padronização do trabalho e o cumprimento de normas e ou especificações prévias. Ao analisar ambas visões dos autores, verifica-se que o trabalho apesar de ter um comportamento predeterminado com normas e regras de atendimento ao paciente, o que sobressai é a instabilidade no ambiente organizacional hospitalar por lidar com produtos intangíveis e subjetivos, de difícil mensuração e padronização da qualidade do processo, por estar mexendo com diversas enfermidades, sentimentos e pessoas, nas quais umas são diferentes das outras com necessidades e reações específicas. Além de reunir e envolver várias áreas (assistência clínica, restaurante, lavanderia, hotelaria, administrativa etc.), serviços e profissionais em situações simultâneas para atingir o resultado desejado, ou seja, a saúde do paciente. Assim, considera-se que o ambiente organizacional da organização hospitalar seja complexo e instável;

- o HUEP realiza pesquisa para obter informações demográficas, geográficas e epidemiológicas (ambiente organizacional), que influem na oferta, demanda, resolubilidade, perspectivas de longo prazo, utilização e concentração de equipamentos. Esses estudos são de responsabilidade da Divisão Epidemiológica e dos docentes da universidade, que repassam os dados e informações para a Assessoria Técnica analisar e fazer o planejamento de possíveis ações nas áreas que serão afetadas. A intenção é conhecer a comunidade em que o hospital esta inserido, na tentativa de diminuir as incertezas e custos não previstos, sendo um ponto importante na flexibilidade de adaptação a acontecimentos excepcionais;

- quanto à tecnologia referente a obtenção de informações, geração de relatórios e indicadores de desempenho, no HUEP há preocupação em aperfeiçoar a parte de *hardware* e *software*, mas em contrapartida, os vários bancos de dados e informações são limitados a funções especificas, um reflexo da estrutura funcional utilizada pelo hospital. A tecnologia do estudo de caso pode ser considerada com base na classificação de Daft (1999) como não-rotineira;

- os recursos humanos são capacitados e cobrados pela função/cargo que foram contratados e explicitado nos POs. Na área administrativa há treinamentos específicos por departamento, divisão ou seção, quando se contratam funcionários ou há alterações no sistema de informação/gestão ou aquisição de equipamentos diferentes/novos. Mensalmente a área de Recursos Humanos providencia cursos, palestras ou workshops, como gestão de pessoas, comunicação, liderança entre outros, deixando livre a participação de qualquer funcionário que tenha interesse, para estimular conhecimento e motivar. Por ser uma instituição pública, seguem uma política, que normalmente, não oferecem plano de carreira para induzir os funcionários a crescer profissionalmente, necessitando criar outros estímulos, como melhoria das condições de atendimento integral aos funcionários, por meio de serviços de: especialização em segurança e medicina do trabalho, programa de ginástica laboral, programa de atendimento médico aos funcionários etc. Já na área de assistência à saúde, observa-se maior preocupação com a formação profissional dos funcionários, realizando cursos de educação continuada, de extensão, de especialização entre outros, para a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem, de laboratórios, de radiologia etc.
- explorando o histórico do HUEP verificou-se que a estrutura organizacional não teve grandes alterações desde a baixada pelo Decreto Estadual de 1979, segundo relatórios de gestão e o regulamento da instituição. Observou-se que implantaram algumas áreas e atividades: a divisão de hotelaria e gerência de ambulatório, readequaram e agruparam outras para facilitar na coordenação e controle, como o Departamento de Apoio Administrativo. Segundo Mintzberg et al. (2006), quanto mais velha e maior uma organização, mais formalizado é seu comportamento e elaborada é sua estrutura, e complicado promover mudança no arranjo organizacional. Além de a instituição estudada ser antiga e grande, é pública, e possui um regulamento (Decreto Estadual), que permite à Superintendência, dentre suas competências regulamentares, estabelecer normas para melhorar o funcionamento, como agente facilitador para a implantação de um processo de reforma administrativa, não possibilitando mudanças consideráveis na estrutura organizacional.

No estudo de caso, a estrutura organizacional do HUEP é verticalizada e gerida por um profissional da área médica (superintendência - administração superior). Para alguns

autores, como Barbosa e Lamy (1995), Pasche (2009), as estruturas organizacionais hospitalares deveriam ser mais achatadas (horizontais), possuir gestão administrativa mais racional e geridas por especialistas formados academicamente na área de administração, para obter às melhores práticas administrativas e desempenhos financeiros, por não ser mais suficiente gerir através de experiências e bom senso. Lima Gonçalves et al. (2009) complementa que, para modificar uma estrutura organizacional para arranjos mais recentes utilizados por organizações empresariais, é preciso da dedicação dos envolvidos no processo de trabalho e iniciativa dos dirigentes. Mas em uma instituição pública, com administração pré-determinada, que segue regulamento e decretos, será que esses pontos destacados pelos autores são possíveis? Ter um profissional em administração na frente da organização é o suficiente? E até que ponto serão permitidos mudanças no arranjo organizacional sem ter que alterar a Constituição de Gestão Pública? Essas são questões a serem analisadas e refletidas, com bastante cautela e acuidade, antes de se afirmar, propor e ou generalizar, alguma melhoria a uma organização hospitalar pública.

6.2.2 Análise do estágio organizacional da logística do HUEP

Observa-se no Quadro 8, através do número de consultas, cirurgias, internações exames, funcionários, professores, residentes, refeições servidas, centros de custos, farmácias, almoxarifados entre outros, a complexidade e intensidade do fluxo de materiais, pessoas e informações que se movimentam no HUEP estudado, evidenciando que os hospitais são ricos ambientes para a aplicação da visão de logística integrada.

Ao analisar a documentação do HUEP e o Quadro 10, verifica-se que as atividades logísticas são agrupadas, em maior parte, sob a autoridade e coordenação de um departamento (Apoio Administrativo), que realiza seu trabalho comunicando-se o mínimo com os outros departamentos (assistência clínica, financeira, comercial etc.), com foco operacional, ou seja, busca executar suas tarefas da melhor forma, seguindo os objetivos traçados para sua área. Mas, durante as entrevistas e caracterização das atividades logísticas de quem executa, quem controla, quem coordena e a quem é subordinado na prática, percebe-se que as atividades logísticas estão fragmentadas por área, divisão, serviço ou seção. O trabalho é realizado separadamente, cada área faz o seu, da melhor forma, seguindo objetivos específicos desdobrados, e os seus POs. Os diretores declararam não intervir e nem opinar em serviços e ou seções a eles subordinados, controlam os resultados finais, que muitas vezes são morosos, sendo necessário providenciar alternativas, algumas vezes onerosas, para suprir essa demora e falta de comunicação consensual, até obtenção do resultado/item desejado. A coordenação e

controle são recriados informalmente na prática do dia-a-dia, fragmentando-se ao longo de alguns processos, por funções. A comunicação referente às atividades logísticas do fluxo de materiais é realizada de maneira formal (via intranet, relatórios, murais etc.), mínima, e não há interferência ou troca de opiniões no processo do outro, mesmo sendo uma sequencia e depender um do outro para finalizar a atividade. A comunicação informal também existe, só que de maneira comedida e sem alarmismo dentro das funções.

Assim, apesar de as atividades logísticas estarem agrupadas, teoricamente formalizadas nos documentos disponibilizados pelo HUEP, com ponderada centralização, não está clara a preocupação de um planejamento logístico com foco gerencial estratégico na busca de maior eficácia e sustentabilidade dos recursos da instituição, como apresentam Bowersox et al. (2001; 2007) no estágio de agrupamento funcional ao máximo. Há um foco gerencial meio obscuro no tático, por desdobrarem as metas e estratégias de forma específica, por áreas, serviços e seções, o que condiz com o foco gerencial operacional. A formalização das atividades logísticas é moderada, tem-se pouco conhecimento e distinção entre elas, posicionando-se na Fase I, no Estágio de agregação funcional e com estrutura funcional. Na prática, as atividades logísticas estão na Fase Zero, no Estágio de fragmentação e estrutura fragmentada da logística, com foco gerencial operacional. Segundo Bowersox et al. (2001; 2007), quando as atividades logísticas estão dispersas, sob a autoridade, controle e coordenação de várias áreas/serviços/seções, com duplicação de trabalho, desperdícios e motivações de objetivos conflitantes, cada área preocupando-se em fazer o seu melhor sem se incomodar com o resultado global da organização, elas encontram-se no estágio de fragmentação. E a estrutura fragmentada da logística, de acordo com Kim (2007), possui baixa centralização e formalização das atividades logísticas (Figura 20).

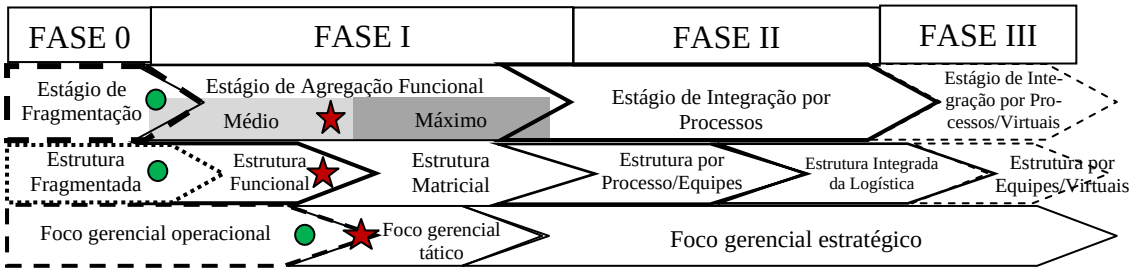


Figura 20: Estágios e estruturas organizacionais da logística do HUEP
Fonte: Elaborado pela autora com base em Bowersox et al. (2001) e Kim (2007)
Legenda: ★ nos documentos disponibilizados pelo HUEP ; ● na prática, no dia-a dia.

Observa-se que, na teoria, nos documentos disponibilizados pelo HUEP, já há uma preocupação em adaptar ou melhorar a estrutura organizacional contemplando a dimensão

logística; isso se reforça pela administração superior ter contratado uma auditoria de logística com o intuito de otimizar os processos em relação a tempo e custo. Mas, estão arraigados a uma cultura hierárquica, que possui ainda o respaldo de uma política pública rígida, o que pode dificultar a visualização dos benefícios para a prática da logística integrada, observados em organizações empresariais.

6.2.3 Influências da estrutura organizacional do HUEP para a logística integrada

Após analisar a aplicação no HUEP das sistemáticas para orientar a caracterização da estrutura organizacional e a identificação do estágio organizacional da logística, consequentemente a estrutura das atividades logísticas, desenvolve-se a Figura 21 para melhor compreensão e visualização das duas propostas.

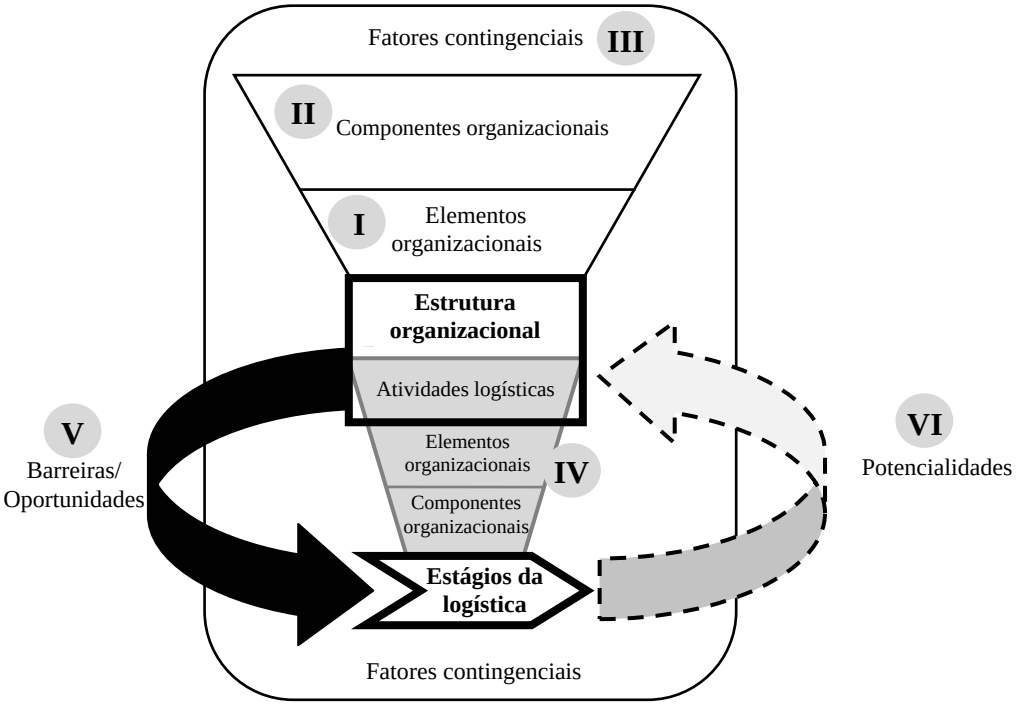


Figura 21: Ligação das duas sistemáticas propostas
Fonte: Elaborado pela autora

Percebe-se na Figura 21, que ambas as propostas de sistemáticas estão nitidamente conectadas e integradas, completando-se ou complementando, e principiam-se com: I – análise e especificação/distribuição dos elementos organizacionais para caracterização da estrutura organizacional da instituição; II – reforça-se a definição da estrutura ao examinar os níveis de concentração dos componentes organizacionais; III – explora-se as influências dos fatores contingenciais sobre a estrutura organizacional; IV – analisa-se, novamente, os elementos e componentes organizacionais, mas com foco nas atividades logísticas dentro da estrutura organizacional, para identificar em qual estágio organizacional da logística a

organização se encontra; V e VI – são as possibilidades de influências da estrutura organizacional nos estágios organizacionais da logística, e vice-versa.

Partindo do contexto do estudo de caso do HUEP (estrutura funcional da instituição; na prática: Fase Zero – Estágio de fragmentação funcional, estrutura das atividades logísticas fracionadas e foco gerencial operacional; e nos documentos da instituição: Fase I – Estágio de agregação funcional, estrutura funcional das atividades logísticas, e foco gerencial operacional a tender para tático), para uma possível evolução dos seus estágios, visando a Fase II – Estágio de integração por processo, apresentam-se possíveis influências, destacando barreiras e oportunidades:

- as atividades logísticas do HUEP distribuídas pelos níveis hierárquicos verticalizados com foco restrito e fragmentado na função, são uma barreira para a integração da logística, tornando-se difícil coordenar, de forma ágil e flexível, o fluxo de materiais;
- a autoridade e a comunicação, respectivamente, com alta autonomia e formalização, também são barreiras e inibem a integração, a inovação, a agilidade e a flexibilidade das atividades logísticas do HUEP, apesar de promoverem um bom desempenho quando focam a administração de custos e indicadores específicos;
- os objetivos e as estratégias no estudo de caso aparentam-se bem divulgados de forma explícita a toda organização, o que é favorável para gerir, controlar as atividades logísticas e começar integrá-las. Uma oportunidade que HUEP pode aproveitar é envolver toda a instituição na formulação dos objetivos e das estratégias, quando todos participam, os funcionários se sentem motivados, há troca e geração de conhecimento, o que é bom para obter-se a integração da logística e um melhor desempenho da organização;
- um ambiente organizacional complexo e instável como o hospitalar, com predomínio de estrutura funcional como no HUEP, é uma barreira para obter-se os benefícios da logística integrada, visto nas organizações empresariais. Assim, somente a integração das áreas funcionais com flexibilidade, conhecimento e controle dos processos logísticos, com interação horizontal de equipes inter-funcionais, podem minimizar a variabilidade da logística, possibilitando tornarem os processos mais produtivos, com maior valor agregado, implicando em custos totais mais baixos e melhor desempenho financeiro;

- a tecnologia da informação pode ser vista como uma oportunidade a promover troca de informações e dados vitais, com respostas rápidas para analisar o fluxo de materiais e tomar decisões, além de ser um recurso chave à integração da logística. O HUEP possui uma capacidade tecnológica *(hardware* e *software)* desenvolvida, apesar de se encontrar hoje mais como um limitante do que um facilitador para a agilidade, adaptação e integração do fluxo de materiais, devido ao foco nas funções e ao não compartilhamento das informações em tempo hábil;

- os recursos humanos, focados e capacitados na função em que foram contratados, sem o envolvimento e troca de conhecimento entre as diversas áreas e níveis hierárquicos, se tornam uma barreira para o desenvolvimento de inovações, agilidade de resposta e outros benefícios da logística integrada. Uma oportunidade para o HUEP seria investir conjuntamente nos funcionários das áreas administrativas e de assistência à saúde, para que desenvolvessem habilidades multifuncionais, gerassem conhecimentos, compartilhassem experiências e idéias, de forma que integrassem sinergicamente as atividades logísticas e a organização como um todo. É fundamental desenvolver treinamentos sistemáticos com foco no negócio, criando melhorias contínuas na gestão e nos processos logísticos, para agregar valor aos serviços, e não somente treinamentos aleatórios ou a quem se interessar;

- histórico da organização, idade e tamanho: o HUEP é uma instituição considerada antiga, de grande porte e pública, com dimensões de estrutura complexa de departamentos, hierarquias e regulamento rígido, que descreve os principais cargos e seus limites, sem a possibilidade de grandes alterações no arranjo organizacional. Isso torna-se uma barreira para adaptar a estrutura organizacional a uma abordagem mais recente e, a integração da logística.

Esse entrave de ter que seguir à risca o regulamento e o Decreto da instituição pode ser amenizado e ou sanado, se o HUEP desenvolver uma estrutura híbrida equilibrando:

- sua estrutura organizacional básica/tradicional, a estrutura funcional, que permite clareza nas atividades, reduzir a ambiguidade, conflitos interdepartamentais, controlar e reforçar a importância estratégica de cada área, planejando as melhores práticas e desempenho quanto a custo, qualidade, tempo entre outros; além de colocar em prática, a tirar do papel, dos documentos da instituição, a Fase I, o

Estágio de agregação funcional, com estrutura funcional das atividades logísticas e foco gerencial tático, por disseminar reconhecimento da área de logística;

- com a estrutura por processos/equipes, criada em torno do fluxo de trabalho, que forma uma equipe a apoiar um ponto de vista mais horizontal, para explorar potenciais intelectuais, compartilhar *know-how*, obter soluções rápidas, melhorar a coordenação e integração de todas as áreas e das decisões relevantes dos processos/atividades logísticas, entre outros benefícios, sendo indicada a ambientes complexos e instáveis, como o hospitalar.

No regulamento e decreto do HUEP não encontram-se nenhuma objeção quanto a desenvolver uma estrutura em paralelo, sem mexer no arranjo organizacional atual (estrutura funcional), o que pode ser boa alternativa para a adaptação de uma abordagem de estrutura organizacional mais recente e apropriada a lidar com turbulências, e a possibilitar a integração da logística, como a estrutura por processos e equipes. O autor Lima Gonçalves (1998), por exemplo, propõe a estrutura matricial às organizações hospitalares como forma de melhor convívio interdepartamental, integração, maior agilidade operacional e de tomada de decisão. Um dos pontos a auxiliar na escolha da estrutura organizacional ou das estruturas organizacionais, é a instituição analisar os prós e contras de cada uma, como argumentam Herber, Singh e Useem[10] (2000 *apud* Mintzberg, et al., 2006), não existe uma melhor forma de estruturar uma organização, todos os arranjos organizacionais possuem vantagens e desvantagens, e poucas organizações dependem exclusivamente de um tipo, podendo adaptar e combinar várias delas para melhorar o desempenho organizacional, aumentar a eficiência produtiva e gerar vantagens competitivas. Mas embora não exista uma melhor estrutura organizacional, há certos arranjos que são mais adequados do que outros, dependendo da situação ou ambiente organizacional da instituição, resta analisá-los.

Vale destacar que por ser uma organização pública, normalmente, a mentalidade a prevalecer dos funcionários é de seguir as funções e executar as tarefas pelas quais foram concursados e estão descritos nos POs, assim existe a necessidade de pensar em reformular com cautela e acuidade esses procedimentos operacionais, editais e normas, até que se desenvolva uma cultura de envolvimento de trabalho em equipe, com visão holística da organização, isso caso seja escolhido à estrutura por processos e equipes, matricial ou outra

[10] HERBER, J.; SINGH, J. V.; USEEM, M. (2000). The design of new organization forms. *In*: DAY, G. S. et al. Wharton on managing emerging technologies. New York: Hardcover. Cap. 17, p. 376-392.

que envolva maior integração e compartilhamento de informações/experiências dos funcionários.

A possibilidade de terceirização das atividades logísticas hospitalares do fluxo de materiais também deve ser estudada, verifica-se pouca atenção no HUEP nessa tendência a auxiliar a obter benefícios na gestão hospitalar, abordada por Barbuscia (2009), Machline e Carreira (2009), como oportunidade dos hospitais a concentrarem nas atividades que constituem a função principal da organização, a atenção ao paciente.

7 Considerações finais

"A felicidade está no esforço e no caminho feito para alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado."
Ghandi

A aplicação no HUEP das duas propostas de sistemáticas permitiu atingir o objetivo principal do estudo:

- de caracterizar a estrutura organizacional de uma organização hospitalar, destacando-se uma estrutura funcional;
- identificar o estágio organizacional da logística nesse ambiente: na prática – Fase Zero, Estágio de fragmentação com estrutura fragmentada das atividades logísticas e foco gerencial operacional; e nos documentos da instituição – Fase I, no Estágio de agregação funcional com estrutura funcional das atividades logísticas e foco gerencial operacional a tender para tático; e
- analisar as influências da estrutura organizacional nos estágios organizacionais da logística, e vice-versa. Abordando: as barreiras – política pública rígida, cultura enraizada em estruturas hierárquicas, consequentemente alta centralização, formalização, vários níveis hierárquicos, funcionários focados e treinados especificamente em suas funções descritas nos POs, e informações limitadas a funções específicas, prejudicando a integração e otimização dos fluxos/processos, a agilidade e flexibilidade de respostas etc; e as oportunidades – envolver todos da instituição na formulação dos objetivos e estratégias, para assim motivá-los e trocar *know-how;* desenvolver sistemática de treinamentos conjuntamente das áreas administrativa e de assistência à saúde, para aprimoramento contínuo; tecnologia da informação integrada, a promover troca de informações e respostas mais rápidas e flexíveis; busca de uma estrutura organizacional híbrida, estrutura funcional em paralelo com a estrutura por processos/equipes, entre outras.

A estrutura funcional caracterizada no HUEP reforça o que encontra-se na revisão de literatura, que há predomínio desse tipo de arranjo organizacional nos hospitais do país (ver BORBA, 1991; CAMPOS, 2000; LIMA GONÇALVES et al., 2009; PASCHE, 2009). O trabalho também destaca que não existe uma melhor estrutura organizacional, mas há uma mais adequada que outra dependendo da situação e do ambiente organizacional, que no caso da organização hospitalar, com intensos fluxos de materiais, informações e pessoas, complexidade ímpar na sua gestão, alto risco inerente à atividade, tecnologia não-rotineira,

ambiente instável e complexo, o propício é buscar uma estrutura híbrida, que visem maior integração, troca de *know-how*, melhoria contínua, inovação e trabalho em equipe.

Os estágios organizacionais da logística identificados no HUEP (Fase Zero: estrutura fragmentada na prática; e Fase I: estrutura funcional nos documentos), vem a corroborar os resultados encontrados por Kim (2007) em sua pesquisa, apesar de serem resultados de organizações empresariais de países do oriente, constatou uma maior percentagem de empresas na Fase Zero com estrutura fragmentada da logística – 33,6%; e na Fase I com estrutura funcional – 32,6%. Bowersox e Closs (2009) salientam que a logística é ainda inexplorada em termos de eficiência produtiva nas organizações. O que pode-se deduzir ou supor que a área de logística é relativamente não reconhecida ou dada à devida importância, tanto em ambientes de manufatura como de serviço, com base no resultado do HUEP e nos autores.

Segundo Bowersox e Closs (2009), Mintzberg et al. (2006), as organizações, de um modo geral, em algum momento terão que adaptar suas estruturas organizacionais e evoluírem seu sistema logístico, em maior ou menor grau, dependendo do tipo de organização para enfrentar os desafios do mercado global. Então, o estudo apresenta sistemáticas que facilitem a caracterização da estrutura organizacional e identificação do estágio organizacional da logística, atualizando o debate dos temas e a possibilitar reflexão sobre a presença da organização hospitalar, além de ser uma das possíveis alternativas dessas instituições, para auxiliar a amenizar as carências de conhecimento sobre as especificidades de seus processos, controle de seus custos totais, gestão administrativa racional e agregar valor aos serviços.

Verifica-se na revisão de literatura da evolução organizacional da logística, que a adaptação da estrutura organizacional nas empresas para a integração da logística é fundamental para agregar valor aos serviços/produtos oferecido ao cliente. Nos ambientes de manufatura, varejista e atacado, a evolução da logística para o estágio de integração por processos, com foco gerencial estratégico geram otimização do fluxo de materiais e vantagens competitivas sustentáveis, esse pode ser um caminho para as organizações hospitalares trilharem e obterem os mesmos benefícios.

O trabalho realizado é um começo para prosseguir com novos estudos e pesquisas nessa caminhada, sendo uma parte inicial de um processo de aperfeiçoamento e gestão administrativa a ser buscada de forma contínua e sistemática, para atingir a eficácia de uma organização.

Observa-se no ambiente hospitalar uma alta atenção para buscar melhores medicamentos, equipamentos, diagnósticos e tratamentos para promover uma saúde de qualidade à população, mas esquecem ou minimizam a importância e necessidade que há em administrar e estruturar os recursos e processos colocados à disposição da sociedade. As pessoas, provavelmente, desfrutarão de um serviço de saúde com qualidade e valor agregado, se as organizações hospitalares desenvolverem com a mesma relevância as áreas de saúde (ciências da vida) e de gestão administrativa, buscando continuamente aperfeiçoar a estrutura organizacional para atender mais rápido e melhor as necessidades dos usuários, e a desenvolver a gestão de logística integrada, com foco em todos seus benefícios, entre outras ferramentas e métodos de gestão utilizados pelas empresas.

Uma das limitações da pesquisa reside em não ter conseguido agendar entrevistas com a área de assistência à saúde (diretor, gerente ou operacional), para corroborar as informações dos documentos disponibilizados e das respostas fornecidas pela Assessoria Técnica, quanto à divisão de responsabilidades, atividades, autoridade, níveis hierárquicos e sistema de comunicação, fechando a caracterização da estrutura organizacional da instituição sobre ambas as visões e percepções: área administrativa e de assistência à saúde.

Outra limitação do estudo é ter sido realizado em somente um hospital, o que não consubstancia o resultado do estudo de caso para a realidade das organizações hospitalares do estado de São Paulo ou do Brasil, em outras palavras, não permite generalização ao setor, e análises de comparações de evoluções ou de melhores níveis de desempenho.

Em virtude das carências da organização hospitalar e da complexidade do seu ambiente, podem-se destacar várias oportunidades para pesquisas futuras, como:

- com base nas propostas de sistemática para caracterização da estrutura organizacional e identificação do estágio organizacional da logística, sugere-se comparar diferentes realidades, tais como: hospitais de pequeno, médio e grande porte; público, privado e filantrópico; e até outros setores, empresas líderes e carentes no tema, para disseminação de conhecimento e aprimoramento da ferramenta e ou forma de gestão;

- sobre as sistemáticas de caracterização da estrutura organizacional e identificação do estágio organizacional da logística pode-se aplicar outra base de abordagem de pesquisa: quantitativa no lugar de qualitativa, e acrescentar análise de medição do nível de desempenho da logística em cada estrutura organizacional encontrada;

- desenvolver estudos sobre rede de serviços de utilização comum pelos hospitais, ou seja, as entidades hospitalares se unirão, criando uma central sem fins lucrativos (propriedade e responsabilidade dos hospitais), para gerir, captar, poupar recursos e obter maior poder de negociação com os fornecedores, laboratórios farmacêuticos etc. Por exemplo: criar uma entidade ou área da saúde dedicada às compras e a outras atividades logísticas, com o objetivo de fazer os hospitais pouparem recursos e ganharem em agilidade e flexibilidade. Como destaca Daft (1999), Galbraith e Lawler III (1995a), o desafio das organizações consiste em serem ao mesmo tempo, grandes quando for vantajoso, e pequenas em caso inverso;
- realizar análise com a visão de gestão da qualidade (modelos/ferramentas para controle e melhoria da qualidade, sistema de medição de desempenho, *benchmarking* etc.), no processo de compras de um hospital público (engessado pela Lei N° 8.666/1993) e privado, comparando os prós e contras, além de propor sugestões adaptadas das organizações empresariais ao ambiente hospitalar, para melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- desenvolver uma visão holística e integrada da logística hospitalar, apresentando as atividades logísticas do fluxo de pessoas, com as atividades logísticas do fluxo de materiais abordadas nesse trabalho;
- criar novas formas de capacitação dos recursos humanos, de liderança e métodos/ferramentas nos processos administrativos da organização hospitalar são temas passíveis de contribuições para novas pesquisas.

A organização hospitalar é importante para a sociedade por promover saúde às pessoas, contribuir com a função social e econômica, gerando emprego e renda. Assim destaca-se como um ambiente merecedor, além de promissor e amplo para investimentos em estudos e pesquisas na área administrativa, que se demonstra carente, e que pode ser aperfeiçoado para proporcionar benefícios aos usuários internos e externos, de uma maneira geral, a população.

Referências

"É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer."
Aristóteles

ALMEIDA, T. R. R. (1983). Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**. São Paulo, n.5/6, p. 104-113, mai./jun.

ANDERSEN, L. (2002). How options analysis can enhance managerial performance. **European Management Journal**, v. 20, n. 5, p. 505-516.

AZEVEDO, C. S. (1995). Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 33-58, jul/set.

BALLOU, R. H. (1993). **Logística empresarial** – transportes, administração de materiais e distribuição física. São Paulo: Atlas.

_____. (2001). **Gerenciamento da cadeia de suprimentos:** planejamento, organização e logística empresarial. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.

_____. (2006a). The evolution and future of logistics and supply chain management. **Produção**, v. 16, n. 3, p. 375-386, Set./Dez.

_____. (2006b). **Gerenciamento da cadeia de suprimentos/ logística empresarial**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman.

BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. (2006). **Logística hospitalar:** teoria e prática. São Paulo: Saraiva.

BARBOSA, P.; LAMY, Y. (1995). A função do diretor hospitalar. *In:* CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes : Ecole Nationale de La Santé Publique. Cap. 8. p. 133-149.

BARBUSCIA, C. S. (2009). Gestão de suprimentos na administração hospitalar pública. *In*: LIMA GONÇALVES, E. et al. **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. Cap. 9, p. 196-224.

BARNEY, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. **Jornal of Management**, v.17, n.1, p. 99-120.

BELL, J. (2008). **Projeto de pesquisa:** guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.

BENITA, P. E. C.; BROEKHUIS, M.; DISSELEN, K.E. (1992). On the service potential of staff in line-staff relationships. **International Journal of Service Industry Management**, v. 3, n. 2, p. 37-44.

BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. A. (2000). Produção científica nos anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção: um levantamento de métodos e tipos de pesquisa. **Produção**, v. 9, n. 2, p. 65-76.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. (1994). **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makronbooks.

BIENSTOCK, C. C. (2002). Identifying customer need patterns for customization and personalization. **International Journal of Physical Distribution e Logistics Management,** Bradford, v. 32, n. 8, p. 636-648.

BIRKINSHAW, J.; NOBEL, R.; RIDDERSTRALE, J. (2002). Knowledge as a contingency variable: do the characteristics of knowledge predict organization structure? **Organization Science**, v. 13, n. 3, p. 274-289, May/June.

BORBA, V. R. (1989). **Planejamento empresarial hospitalar**. São Paulo: Cedas.

_____. (1991). **Administração hospitalar:** princípios básicos. 3 ed. São Paulo: Cedas.

BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J. (2001). **Logística Empresarial:** o processo de integração da cadeia de suprimento. São Paulo: Atlas.

BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J. (2009). **Logística Empresarial:** o processo de integração da cadeia de suprimento. São Paulo: Atlas.

BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J.; COOPER, M. B. (2002). **Supply Chain Logistics Management**. New York: McGraw-Hill.

_____. (2006). **Gestão logística de cadeia de suprimentos**. Porto Alegre: Bookman.

_____. (2007). **Gestão da cadeia de suprimentos e logística**. Rio de Janeiro: Elsevier.

BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J.; STANK, T. P. (1999). **21 st century logistics**: making supply chain integration a reality. Oak Brooks: Council of Logistics Management.

BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J; HELFERICH, O. K. (1986). **Logistical Management**. 3thed. New York: Macmillan; London: Collier Macmillan.

BOWERSOX, D. J. et al. (1989). **Leading Edge Logistics Competitive Positioning for the 1990s**. Oak Brook: Council of Logistics Management.

BOWERSOX, D. J.; DAUGHERTY, P. J. (1995). Logistics paradigms: the impact of information technology. **Journal of Business Logistics**, Oak Brook, v. 16, n. 1, p. 65-80.

BOWERSOX, D. J. et al. (1992). **Logistical Excellence**: it's not business as usual. Burlington: Digital Press.

BOYSON, S. et al. (1999). **Logistics and the extended enterprise**. New York: John Wiley.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Fiscalização Sanitária. (2008). **Portaria SUAR nº 45, de 29 dezembro de 2008**. Disponível em: http://www.saude.gov.br/Protocolo_Geral/FS_taxas.shtml Acesso em 28 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf Acesso em 28 jul. 2009.

_____. (2007). **Portaria Interministerial MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007.** Brasília – DF. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm Acesso em 28 jul. 2009.

_____.(2002b). **Portaria nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002**. Brasília – DF. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm Acesso em 28 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais (2002a). **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2 ed. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Acesso em 28 jul. 2009.

BROWN, S. L.; EISENHARDT K. M. (1998). **Competing on the edge**: strategy as structured chaos. Boston: Harvard Business School Press.

BURNS, T; STALKER, G. M. (1961). **The management of innovation**. Londres: Tavistock.

BURTON, R. M.; DESANCTIS, G.; OBEL, B. (2006). **Organizational Design**: a step-by-step approach. New York: Cambridge University Press.

CAMACHO, J. L. T. (1998). **Qualidade total para os serviços de saúde.** São Paulo: Nobel.

CAMILLERI, D.; CALLAGHAN, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Wagon Lane, v. 11, n. 4, p. 127-138.

CAMPOS, G. W. S. (2000). **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, C. V. A.; BONASSA, E. C. (2009). O novo paradigma da gestão de pessoas. *In*: LIMA GONÇALVES, E. et. al. **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. Cap. 4, p. 92-108.

CASTELAR, R. M. (1995). O hospital no Brasil. *In:* CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes : Ecole Nationale de La Santé Publique. Cap. 2. p. 38-49.

CECÍLIO, L. C. O. (1997). A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. (2004). Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.39-55, maio/ago.

CERTO, S. C. **Administração moderna**. 9 ed. São Paulo: Prentice-Hall.

CHANDLER, A. (1962). **Strategy and structure**: chapters in the history of the industrial enterprise. Cambridge: MIT Press.

CHERCHIGLIA, M. L. (1999). **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde**: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Texto de apoio para o curso de especialização em Desenvolvimento de Recursos humanos de Saúde – CADRHU, UFMG. p. 367-385 Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf Acesso: 15 ago. 2009

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. (2006). Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 5, n. 2, jul./dez.

CHIAVENATO, I. (2000). **Administração dos novos tempos**. São Paulo: Makron Books.

CHILD, J. (1972). Organization structure, environment and performance: the role of strategic choice. *In*: FAULKNER, David (Org.). (2002). **Strategy:** critical perspectives on business and management. New York: Routledge - Taylor e Francis. Cap. 5, p. 114-136.

CHOW, G.; HEAVER, T. D.; HENRIKSSON, L. E. (1995). Strategy, structure, and performance: a framework for logistics research. **Logistics and Transportation Review**, Vancouver, v. 31, n. 4, p. 285-308, Dec.

CHRISTOPHER, M. (1992). **Logistics and supply chain management**. London: Pitman.

CHRISTOPHER, M. (2001). **Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos:** estratégias para a redução de custos e melhoria dos serviços. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

COHEN, S. G. (1995). A nova organização por equipes e o trabalho de equipe. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução de J. F. S. Cook. São Paulo: Makron Book. Cap. 8, p. 168-193.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. (2005). **Saúde no Brasil:** políticas e organizações de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração:** um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. Tradução Lucia Simonini. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONRAD, A.; SHORTELL. M. (1996). Integrated health systems: promise and performance. **Frontiers of Health Services Management**. Ann Arbor, v. 13, n. 1, p. 3-40, Fall.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. (2003). **Métodos de pesquisa em administração**. 7 ed. Porto Alegre: Bookman.

CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. (2007). **Administração de produção e operações**: manufatura e serviços – uma abordagem estratégica. 2. ed. São Paulo: Atlas.

COUNCIL of Supply Chain Management Professionals - CSCMP. (2006). Definition of logistics management. Disponível em: <http://www.cscmp.org/website/aboutcscmp/definitions.asp> Acesso em 10 Apr. de 2007.

CRAVENS, D. W.; SHIPP, S. H.; CRAVENS, K. S. (1994). Reforming the traditional organization: the mandate for developing networks. **Business Horizons**, New York, v. 37, n. 4, p. 19-28, July/Aug.

CRUZ, T. (2004). **E-Workflow:** como implantar e aumentar a produtividade. São Paulo: ENADEM.

DAFT, R. L. (1999). **Teoria e projeto das organizações**. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC.

DATASUS – Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SUS – 08/2008. *In*: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS - FBH. **Estatística do Setor de Saúde**. Disponível em: http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php Acesso em: 14 jul. 2009.

DAUGHERTY, P. J.; ELLINGER, A. E.; GUSTIN, G. M. (1996). Integrated logistics: achieving logistics performance improvements. **Supply Chain Management**, v. 1, n. 3, p. 25-33.

DAUGHERTY, P. J.; STANK, T. P.; ELLINGER, A. E. (1998). Leveraging logistics/distribution capabilities: the effect of logistics service on market share. **Journal of Business Logistics**, Oak Brook, v.19, n.2, p.35-51.

DAUGHERTY, P. J.; STANK, T. P.; ROGERS, D.S. (1992). The impact of formalization on warehousing firms. **International Journal of Logistics Management,** Ponte Vedra Beach, v. 3, n. 2, p. 49-61.

DAVENPORT, T. H. (1994). **Reengenharia de processos**: como inovar na empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro: Campus.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. (1994). **Conhecimento empresarial.** Rio de Janeiro: Campus.

DAVENPORT, T. H.; SHORT, J. E. (1990). The new industrial engineering: information technology and business process redesign. **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 31, n.4, p. 11-25, Summer.

DE SORDI, J. O. (2005). **Gestão por processos:** uma abordagem da moderna administração. São Paulo: Saraiva.

DENIS, J. L. et al. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. *In*: POWELL, M. J.; BROCK, D. M.; HININGS, C. R. **Restructuring the professional organization**. London: Routledge.

DRUCKER, P. F. (1981). **A prática de administração de empresas**. São Paulo: Cengage Learning.

_____. (1998). **A profissão do administrador**. São Paulo: Pioneira.

_____. (1999). **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Publifolha.

DUARTE, I. G. (1998). Aspectos da terceirização em hospitais. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, v. 1, n.1, p. 16-19, jan./mar.

DUGAN, S. F. X. (1992). Regulated medical waste: is any of it infectious? **New York State Journal of Medicine,** v. 8, p. 349- 352.

EMANUEL, E. J; EMANUEL, L. L. (1996) What is accountability in health care? **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 124, n. 2, p. 229-239, Jan.

FEDORAK, P.; ROGERS, R. (1991). Assessment of the potential health risks with the dissemination of micro-organisms from a landfill site. **Waste Management & Research**, v. 6, p. 537-563.

FERNANDES, A. (2002). **Um hospital particular no Brasil**. São Paulo: Cromosete.

FERREIRA, J. A. (1995). Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 314-320, abr/jun.

FIGUEIREDO, K.; ARKADER, R. (1999). **Da distribuição física a Supply Chain Management**: o pensamento, o ensino e as necessidades de capacitação em logística. Rio de Janeiro. Disponível em: www.coppead.ufrj.br Acesso 15 abr. de 2007.

FLEURY, P. F. et al. (2000). **Logística empresarial**: a perspective brasileira. São Paulo: Atlas.

GALBRAITH, J. R. (1974). Organization design: an information processing view. **Interfaces**, Linthicum, v.4, n.3, p. 28-36, May.

_____. (1977). **Organization Desing**. Reading: Addison-Wesley.

_____. (1995a). A unidade de negócio do futuro. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução de J.F.S. Cook. São Paulo: Makron Book. Cap. 2, p. 29-48.

_____. (1995b). A corporação que agrega valor: combinando estrutura e estratégia. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução de J.F.S. Cook. São Paulo: Makron Book. Cap. 1, p. 3-28.

GALBRAITH, J. R.; LAWLER III, E. (1995a). Desafios à ordem estabelecida. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução de J.F.S. Cook. São Paulo: Makron Book, p. XIX-XXVIII.

_____. (1995b). Organizações eficientes: usando a nova lógica da organização. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução de J.F.S. Cook. São Paulo: Makron Book, p.251-265.

GALBRAITH, J. R. et al. (1995). **Organizando para competir no future**. Tradução de J.F.S. Cook. São Paulo: Makron Book.

GALBRAITH, J. R.; KAZANJIAN, R. K. (1986). **Strategy implementation**: structure, systems and process. St. Paul, West Publishig.

GALUNIC, D. C.; EISENHARDT, K. M. (1994). Renewing the strategy structure-performance paradigm. **Research in Organizational Behavior**, Greenwich, v. 16, p. 215-255.

GAY, L. R; AIRASIAN, P. (2003). **Education research**: competences for analysis and applications. Upper Saddle River; New Jersey: Pearson Education.

GERMAIN, R.; CLAYCOMB, C.; DRÖGE, C. (2008). Supply chain variability, organizational structure, and performance: the moderating effect of demand unpredictability. **Journal of Operations Management,** Amsterdam, v. 26, n. 5, p. 557-570, Oct.

GERMAIN, R.; DRÖGE, C.; CHRISTENSEN, W. (2001). The mediating role of operations knowledge in the relationship of context with performance. **Journal of Operations Management**, Amsterdam, v. 19, n. 4, p. 453-469, July.

GERSTEIN, M. S.; SHAW, R. B. (1994). Arquiteturas organizacionais para o século XXI. *In*: NADLER, D. A. et al. **Arquitetura organizacional**: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus. Cap. 13, p. 241-250.

GHOSHAL, S.; KORINE, H.; SZULANSKI, G. (1994). Interunit communication in multinational corporations. **Management Science**, Providence, v. 40, n. 1, p. 96-110.

GIBSON, J. L.; IVANCEVICH, J. M.; DONNELLY Jr., J. H. (1981). **Organizações**: comportamento, estrutura e processos. São Paulo: Atlas.

GIL, A. C. (2007). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JR., J. B. (1999). Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. Disponível em: http://www.observarh.org.br/epsm/artigos/artigo_terceiriza.pdf Acesso em: 15 ago. 2009

GIRARDI, S. N.; CHERCHIGLIA, M. L.; ARAÚJO, J. F. (2001). Formas institucionais de terceirização de serviços de saúde na rede hospitalar filantrópica. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5B2001%5Dformas_institucionais_terceirizacao_servicos_saude.pdf Acesso em: 15 ago. 2009

GOLDHAR, J. D.; LEI, D. (1991). The shape of 21st century global manufacturing. **Journal of Business Strategy**, v. 12, n. 2, p. 37–41, mar./apr.

GONÇALVES, Emerson. (2004). **A reforma do estado e a política de saúde:** repensando o Estado. Santa Catarina. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Reforma%20do%20Estado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20Repensando%20o%20Estado.pdf . Acesso em: 13 jun. 2009

GONÇALVES, J. E. L. (2000a). As empresas são grandes coleções de processos. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-19, jan./mar.

_____. (2000b). Processo, que processo?. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez.

GRABOIS, V.; SANDOVAL, P. (1995). Caminhos para uma nova política hospitalar. *In:* CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes : Ecole Nationale de La Santé Publique. Cap. 3. p. 69-79.

GREINER, L. E. (1998). Evolution and revolution as organizations grow. **Harvard Business Review**, New York, p. 55-66, May-June.

GRUPO DE ESTUDOS LOGÍSTICOS (2005). Determinação de empresas líderes: um modelo rumo à logística de classe mundial. *In*: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 8, São Paulo. Disponível em: www.gelog.ufsc.br/Publicacoes/artigosSIMPOI2005-enviado.pdf . Acesso abril de 2007.

GUERRINI, F. M.; ESCRIVÃO FILHO, E. (2008). **Gestão e organização:** na era da informação. São Carlos: SEP-EESC-USP.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334.

HAGE, J.; AIKEN, M. (1970). **Social change in complex organizations**. New York: Random House.

HAGE, J. coord. (1988). **Futures of organizations**. Lexington, Lexington Book.

HALL, R. H. (2008). **Organizações**: estrutura, processos e resultados. 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. (1994). **Reengineering the corporation**. New York: HarperBusiness.

HARRINGTON, H. J. (1991). **Business process improvement**. New York: McGraw Hill.

HEAD, T. C. (2005). Structural changes in turbulent environments: a study of small and mid-size chinese organizations. **Journal of Leadership and Organizational Studies**, Flint, v. 12, n. 2, p. 82-93.

HESKETT, J. L. (1994). Controlling customer logistics service. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, Bradford, v. 24, n. 4, p. 4-6.

HITT, M. A.; IRELAND, R. D.; HOSKISSON, R. E. (2002). **Administração Estratégica**: competitividade e globalização. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

HUANG, H. K.; LIN, G. C. I. (2002). Development of a dual-robot system for prototype production. **International Journal of Production Research**, Abingdon, v. 40, n. 15, p. 3751-3764.

JABNOUN, N.; SAHRAOUI, S. (2004). Enabling A TQM Structure Through Infomation Technology. **Competitiveness Review**, Indiana, v. 14, n. 1/2, p.72–81.

JOHANNES, M. P. (1992). Structural contingency theory: a reappraisal. **Research Organizational Behavior**, Greenwich, v. 14, p.267-309.

JOHANNESSEN, S.; SOLEM, O. (2002). Logistics organizations: ideologies, principles and practice. **International Journal of Logistics Management**, Ponte Vedra Beach, v.13, n. 1, p. 31-42.

JOHNSON, P. F.; LEENDERS, M. R. (2006). A longitudinal study of supply organizational change. **Journal of Purchasing e Supply Management**, New York, v.12, n. 6, p. 332-342, Nov.

JOHNSON, S. B. (1997). Three approaches to big technology: operations research, systems engineering, and project management. **Technology and Culture**, Ann Arbor, v. 38, n. 4, p. 891-919, Oct.

KIM, S. W. (2007). Organizational structures and the performance of supply chain management. **International Journal of Production Economics.** Amsterdam, v. 106, n. 2, p. 323-345, Apr.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. (1998). **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: LTC.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. (2003). Movimento do conhecimento. *In:* _____. **Administração:** princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, p. 495-500.

LA LONDE, B. J. L. (1994). Evolution of the integrated logistics concept. *In:* ROBERSON, J. F.; COPACINO, W.C. **The logistics Handbook**. New York: The Free Press. cap.1, p.3-12.

LA LONDE, B. J.; MASTERS, J. M. (1994). Emerging logistics strategies: blueprints for the next century. **International Journal of Physical Distribution and Logistics Management**, Bradford, v.24, n.27, p.35-47.

LAMBERT, D. M.; STOCK, J. R. (1993). **Strategic Logistics Management**. 3thed. Homewood: Richard D. Irwin.

LAMBERT, D. M.; STOCK, J. R.; VANTINE, J. G. (1998). **Administração estratégica da logística.** São Paulo: Vantine Consultoria.

LANGABEER II, J. R. (2007). **Health Care Operations Management**: a quantitative approach business and logistics. Sudbury: Jones and Bartlett.

LAWRENCE, P.; LORSCH, J. (1973). **As empresas e o ambiente**: diferenciação e integração administrativas. Petrópolis: Vozes.

LIEBSCHER, P. (1998). Quantity with quality ? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. **Library Trends**, Urbana, v. 46, n. 4, p. 668-680, Spring.

LIMA GONÇALVES, E. (1989). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios.

_____. (1998). Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE – Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 38, n.1, p. 80-90, Jan./Mar.

_____. (2002). Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE – Eletrônica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 2-20, jul./dez.

LIMA GONÇALVES, E.; ACHÉ, C. A. (1999). O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n. 1, p. 84-97, Jan./Mar.

LIMA GONÇALVES, E. et. al. (2009). **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva.

LIMA GONÇALVES, E. (2009). Determinantes organizacionais no hospital moderno. *In*: LIMA GONÇALVES, E. et. al. **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. Cap. 1, p. 18-35.

LIPNACK, J.; STAMPS, J. (1997). **Virtual teams**. New York: Wiley.

LONDOÑO, G. M. (2003a). O universo do hospital. *In:* LONDOÑO, G. M. et. al. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. III, p. 09-12.

LONDOÑO, G. M. (2003b). Generalidades sobre administração hospitalar. *In:* LONDOÑO, G. M. et. al. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. II, p. 04-07.

LOWENTHAL, J. N. (1994). **Reengineering the organization**. Milwakee: ASQC Quality.

LUZ, P. L. (2007). Pesquisa e ensino: componentes essenciais do hospital universitário. **Arquivo Brasileiro Cardiologia [online]**, São Paulo, v.88, n.3, p. 371-372.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago.

MACHLINE, C.; CARREIRA, D. (2009). Administração dos bens patrimoniais do hospital. *In*: LIMA GONÇALVES, E. et. al. **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. Cap. 7, p. 148-171.

MACHLINE, C. et al. (1983). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. (2001). Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set.

MALHORTA, Y. (1998). **Business process redesign**: an overview. [s.l.]: Brint Research Institute.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. (2004). **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas.

MARTINS, P. G.; LAUGENI, F. P. (2005). **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Saraiva.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. (2007). **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas.

MATHEWS, J.; THOMAS, P. (2007). Managing clinical failure: a complex adaptative system perspecrive. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. Wagon Lane, v. 20, n.3, p. 184-194.

MAXIMIANO, A. (1986). **Introdução à Administração**. 2 ed. São Paulo: Atlas.

McGINNIS, M. A.; KOHN, J. W. (1990). A factor analytic study of logistics strategy. **Journal of Business Logistics**, Oak Brook, v. 11, n. 2, p. 41-63.

McDUFFIE, J. M.; WEST, S.; WELSH, J.; BAKER, B. (2001). Logistics transformed: the military enters a new age. **Supply Chain Management Review**, v. 5, n. 3, p. 92-100.

MEDEIROS, S. E. R. (2008). **Logística hospitalar:** um estudo sobre as atividades do setor de almoxarifado desenvolvidas em um hospital público. 130 p. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, EFPE, Recife.

MEDICI, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira [online],** São Paulo, v. 47, n. 2, p.149-156.

MEIROVICH, G; BRENDER-ILAN, Y.; MEIROVICH, A. (2007). Quality of hospital service: the impact of formalization and decentralization. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Wagon Lane, v. 20, n. 3, p. 240-252.

MERHY.E.E.; CECILIO, L.C. (2003). O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 64, p. 110-122.

MIGUEL, P. A. C. (2007). Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, v. 17, n. 1, p. 216-229, Jan./Abr.

MILLER, D. (1991). Stale in the saddle: CEO tenure and the match between organization and environment. **Management Science**, Providence, v. 37, n. 1, p. 34-52.

MINTZBERG, H. (1979). **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

MINTZBERG, H. (1995). **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas.

MINTZBERG, H. et al. (2006). **O processo da estratégia**: conceitos, contextos e casos selecionados. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.

MIRANDA, G. J. et al.(2007). Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista Contabilidade e Finanças [online],** São Paulo, v. 18, n.44, p. 33-43, maio./ago.

MIRSHAWKA, V. (1994). **Hospital:** fui bem atendido. São Paulo: Makron Books.

MOHRMAN, S. A. (1995). Integrando funções e estrutura em uma organização horizontal. *In*: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no future**. Tradução J.F.S.Cook.São Paulo: Makron Book. Cap. 05, p. 90-118.

MOLLENKOPF, D.; GIBSON, A.; OZANNE, L. (2000). The integration of marketing and logistics: an empirical examination of New Zealand firms. **Journal of Business Logistics,** Oak Brooks, v. 21, n. 2, p. 89-112.

MONCZKA, R. M.; TRENT, R. J.; HANDFIELD, R. (2002). **Purchasing and supply chain management**. 2nd ed. South-Western: Thompson.

MORENO-LUZON, M. D.; PERIS, F. J. (1998). Strategic approaches, organizational design and quality management-integration in a fit and contingency model. **International Journal of Quality Science,** Wagon Lane, v. 3, n. 4, p. 328-347.

MOTTA, F. C. P.; BRESSER PEREIRA, L. C. (1983). **Introdução a organização burocrática**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. (2005). **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

MOTTA, P. R. (2004). **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 15. ed. Rio de Janeiro: Record.

MOTTA, P. R. (1999). **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark.

MUSETTI, M. A. (2000). **A identificação da entidade gestora logística***:* uma construção para seu processo de formação e educação. 159 p. Tese (Doutorado) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos.

NADLER, D. A. (1994). Arquitetura organizacional: metáfora para mudança. *In*: NADLER, D. A. et al. **Arquitetura organizacional**: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus.

NADLER, D. A.; TUSHMAN, M. L. (1994). Projetos de organizações com boa adequação: uma moldura para compreender as novas arquiteturas. *In*: NADLER, D. A. et al. **Arquitetura organizacional**: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus. Cap. 02, p. 29-45.

NETO, J. F. (2005). **Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde**. São Paulo: Ed.RX.

NOVAES, A. G. (2001). **Logística e Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos**. Rio de Janeiro: Editora Campus.

O'DWYER, G.; PACHECO, S.; SETA, M. H. (2006). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa qualisus. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco.

OLIVEIRA, M. V. S. S. (2005). **Nível de serviço logístico, estrutura organizacional da logística e desempenho empresarial**: associações e contingenciadores. 164 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife.

PARTHASARTHY, R.; SETHI, S. P. (1992). The impact of flexible automation on business strategy and organizational structure. **Academy of Management Review**, Ohio, v. 17, n. 1, p. 86-111.

PASCHE, D. F. (2009). Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 19, n.4, p. 33-41.

PAULUS JR, A. (2005). Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v.7, n.1, p. 30-45, dez.

PEREIRA, M. F. (2000). Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 83-96, jul./Set.

PERROTTA, U. (2008). O ensino médico e a crise nos hospitais universitários. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]**, Rio de Janeiro, v.35, n.3, p. 151-152, maio/jun.

PETERS, T. (1993). **Rompendo as barreiras da administração**: a necessária desorganização para enfrentar a nova realidade. São Paulo: Harbra.

PONTES, A. T. et al. (2008). A utilização de indicadores de desempenhos no setor de suprimentos hospitalares. *In:* **CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO**, 4, Niterói. Anais... Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Rio de Janeiro.

PORTELA, J. A. S. (2005). **A importância da reorientação do modelo de atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).** Rio de Janeiro: FASC.

PORTER, M. E. (1999). **Competição = On Competition**: estratégias competitivas essenciais. Rio de Janeiro: Campus.

PORTER, M. E. (1996). What is strategy? **Harvard Business Review,** New York, v.74, n.6, p. 61-78, Nov./Dec.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. (2004). Redefinig competition in health care. **Harvard Business Review,** New York, v.82, n. 6, p. 1-13, June.

_____. (2006). **Redefining health care:** creating value-based competition on results. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

_____. (2007). **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. – Porto Alegre: Bookman.

POWELL, M. J.; BROCK, D. M.; HININGS, C. R. (1999). **Restructuring the professional organization**. London: Routledge.

POULIN, E. (2003), Benchmarking the hospital logistics process: a potential cure for the ailing healthcare sector, **CMA Management**, v. 77, n. 1, pp. 20-4.

PRAHALAD, C.; HAMEL, G. (1990). The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, New York, v. 68, n. 3, p. 79-91, may/jun.

PRITSKER, A. A. B. (1997). Modeling in performance-enhancing processes. **Operations Research,** Linthicum, v. 45, n. 6, p. 797-804.

QUINN, J. B. (1980). **Strategies for change**: logical incrementalism. Homewood: Richard D. Irwin.

QUINN, J. B. (1985). Managing innovation: controlled chaos. **Harvard Business Review**, New York, v. 63, n. 3, p. 73-84, may/jun.

RICHERS, R. (1994). Objetivos como razão de ser da empresa. **Revista de Administração de Empresa**. São Paulo, v. 34, n.1, p. 50-62, jan./fev.

ROBBINS, S. P. (2000). **Administração**: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva.

ROBBINS, S. P.; COULTER, M. (1998). **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil.

ROBERTS, V. (2001). Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. **Journal Health Management**, v. 46, n. 4, p. 239 -249.

ROSS, D. F. (1998). **Competing through supply chain management:** creating market-winning. Strategies through supply chain partnership. New York: Chapman e Hall.

ROZENFELD, H. (2001). Desenvolvimento de produtos na manufatura integrada por computador (CIM). *In:* AMATO NETO, J. **Manufatura classe mundial**: conceitos, estratégias e aplicações. São Paulo: Atlas.

RUTNER, S. M.; LANGLEY JR., J. C. (2000). Logistics value: definition, process and measurement. **International Journal of Logistics Management**, Ponte Vedra Beach, v. 11, n. 2, p.73-82.

SANTOS, B. S. (1999). **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós- modernidade. São Paulo: Cortez.

SANTOS, B. S. (2006a). A queda do Angelus Novus: o fim da equação moderna entre raízes e opções. *In*: Santos, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez. Cap. 1, p. 51-92.

SANTOS, G. A. (2006b). **Gestão de farmácia hospitalar**. São Paulo: SENAC.

SICSÚ, A. B. et al. (2006). Para uma análise comparativa das cadeias produtivas da saúde de Aracaju e Recife: uma primeira aproximação. **Revista Econômica do Nordeste**. Fortaleza, v. 37, n. 2, p. 187- 203, abr./jun.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. (2007). **Administração da produção**. tradução: Maria Teresa Corrêa, revisão técnica: Henrique Luiz Corrêa; 2. ed. São Paulo : Atlas.

SOUZA, P. T. (2002). **Logística interna: modelo de reposição semi-automático de materiais e suprimentos:** um estudo de caso no SESC. 104 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade de Santa Catarina, Florianópolis.

STEVENS, G. C. (1989) Integrating the supply chain. **International Journal of Physical Distribuition and Logistics Management**, Bradford, v. 19, n.8, p.3-8, aug.

STOCK, G. N.; GREIS, N. P.; KASARDA, J. D. (2000). Enterprise logistics and supply chain structure: the role of fit. **Journal of Operations Management**, Amsterdam, v. 18, n. 3, p. 531-547.

STOCK, G. N.; GREIS, N. P.; KASARDA, J. D. (1998). Logistics, strategy and structure: a conceptual framework. **International Journal of Operations and Production Management**, Bradford, v. 18, n.1, p. 37-52.

STOCK, J. R.; LAMBERT, D. M. (1992). Becoming a “world class” company with logistics service quality. **International Journal of Logistics Management,** Ponte Vedra Beach, v. 3, n. 1, p. 73-81.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. (1995). **Administração.** 5 ed. Rio de Janeiro: LTC.

SZWARCWALD, C. L; et al. (2005). Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Revista Brasileira d Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5 (Supl 1), p.11-22, dez.

TAJRA, S. F. (2008). **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência. 2. Ed. São Paulo: Iátria.

TEIXEIRA, J. M. C. (1983). Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua organização. *In:* LIMA GONÇALVES, E. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira.

TEIXEIRA, J. M. C. et. al. (2009). Planejamento estratégico e operacional em saúde. *In*: LIMA GONÇALVES, E. et. al. **Gestão Hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva. Cap. 2, p. 38-56.

TSAI, W. (2002). Social structure of coopetition within a multiunit organization: coordination, competition, and intraorganizational knowlege sharing. **Organization Science**, Linthicum, v. 13, n. 2, p.179-191, Mar./Apr.

TURNER, J. H. (2000). **Sociologia**: conceitos e aplicações. São Paulo: Makron Books.

UZZI, B.; BARSNESS, Z. I. (1998). Contingent employment in british establishments: organizational determinants of the use of fixed-term hires and part-time workers. **Social Forces**, Chapel Hill, v. 76, n. 3, p. 967-1007.

VASCONCELLOS, E.; HEMSLEY, J. R. (2003). **Estrutura das Organizações**: estruturas tradicionais, estruturas para inovação, estrutura matricial. 4 ed. rev. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

VECINA NETO, G.; DROUIN, A. (1995). Os serviços logísticos e gerais. *In:* CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes : Ecole Nationale de La Santé Publique. Cap. 11. p. 185-218.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeio, v. 12, n. 4, p. 825-839.

VEEKEN, D. J. M.; RUTTEN, W. G. M. M. (1998). Logistics service management: opportunities for differentiation. **International Journal of Logistics Management**, Ponte Vedra Beach, v.9, n.2, p. 91-98.

VERGARA, S. C. (2006). **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas.

WATERMAN, R. H.; PETERS, T. J. (1983). **Vencendo a crise**. Rio de Janeiro: Harper and Row.

WATERMAN, R. H.; PETERS, T. J.; PHILLIPS, J. R. (1980). Structure is not organization. **Business Horizons**, New York, v.23, n. 3, p.14-26, June.

WOOD JUNIOR, T.; ZUFFO, P. K. (1998). Supply Chain Management. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 55-63.

YIN, R. K. (2005). **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.

ZANON, U. (2000). Qualidade da assistência médica-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 15-22.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. (1998). Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica = Pan American Journal of Public Health,** Washington, v.4, n. 5, p.311-316.

APÊNDICE A

E-mail de apresentação da pesquisa

Prezado (a) Senhor (a)

Sou aluna do Programa de Mestrado do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo (EESC/USP), e membro do grupo de pesquisa LOGOSS (Logística, Organização, Sistema e Sociedade), na linha de pesquisa de Logística hospitalar, sob a orientação do Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti (SEP-EESC/USP). Estou a desenvolver minha dissertação nessa linha de pesquisa, que tem como objetivo caracterizar a estrutura organizacional de uma organização hospitalar e identificar o estágio organizacional da logística nesse ambiente, analisando as influências de uma em relação a outra.

Assim, solicitamos a colaboração na pesquisa de campo, que será realizada em duas fases, caso aceite: a primeira será solicitado para conhecimento e analise o organograma da instituição, e emenda ou manuais de cargos que explique o mesmo; a segunda, será no sentido de agendar uma entrevista com os profissionais em nível de direção, gerencia e operacional, com o intuito de buscar mais informações, conhecer e compreender melhor a estrutura da organização e da logística hospitalar.

Ressaltamos que sua participação é fundamental para o sucesso da pesquisa, e que não será solicitado informações confidenciais, sendo estas tratadas com sigilo e utilizadas de maneira a agregar conhecimento ao segmento hospitalar como um todo.

Assumimos o compromisso que somente eu, Érica Aparecida Araújo, e Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti, terão acesso aos dados para análise, e nos comprometemos em enviar um relatório com os resultados finais. Assim sendo, colocamo-nos a disposição para assinar qualquer termo de compromisso que se fizer necessário.

Contando com o apoio do Senhor (a) no acolhimento desta solicitação, que terá uma grande contribuição para o enriquecimento da nossa pesquisa e para área hospitalar, ficamos no aguardo de sua resposta e à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Desde já agradecemos a atenção.

Atenciosamente,

Érica Aparecida Araújo
Mestranda em Engenharia de Produção (EESC-USP)
ericaap@sc.usp.br / ericaap.araujo@gmail.com
Telefone: (xx) xxxx-xxxx

Dr. Marcel Andreotti Musetti
Prof. do Depto. de Engenharia de Produção (EESC-USP)
musetti@sc.usp.br

APÊNDICE B

Caracterização da organização hospitalar e Protocolo de pesquisa

Fundado:_____ Certificado como HUE desde: _____

Vinculado a instituição de ensino:_____

Inst.de ensino: ( ) pública ( ) particular Hospital: ( ) público ( ) particular ( ) filantrópico

Complexidade do atendimento: ( ) nível primário ( ) nível secundário ( ) nível terciário

Área física:_____ Salas cirúrgicas:_____ Laboratórios:_____

Consultórios:_____ Nº de UTIs:_____ Nº de CTIs:_____

Nº de leitos:_____ Nº de leitos SUS:_____ Consultas/mesais:_____

Nº de Especialidades:_____ Nº de internações mensais:_____

Nº de residentes:_____ Dimensão de atendimento: ( ) regional ( ) nacional

Abrange quantos municípios:_____ Média/total de população:_____

Caracterização do respondente

Cargo do respondente: _____ Área ou departamento:_____

Tempo no cargo:_____ Tempo na instituição:_____

Formação acadêmica: Graduado:_____

Técnico:_____

Especializado:_____

Pós-Graduado:_____

Sexo: ( ) F ( ) M

Protocolo de pesquisa

Objetivo principal: Caracterizar a estrutura organizacional de uma organização hospitalar e identificar o estágio organizacional da logística nesse ambiente, analisando as influências de uma em relação a outra.

FASE I: Analisar na documentação solicitada como está distribuído o trabalho na organização, e às atividades logísticas, sua área ou áreas responsáveis pelas mesmas. Além de permitir conhecer e entender um pouco a instituição e sua estrutura organizacional, para assim selecionar a organização hospitalar para o estudo de caso.

	Solicitação a área	Objetivo da resposta	Resposta referente às variáveis de pesquisa
Solicitar organograma, manuais de cargos, normas, regulamentos, instruções normativas etc.	Recursos humanos; Assessorias: administrativa, técnica ou da superintendência.	Analisar como está o arranjo organizacional, a divisão das atividades, autoridade e comunicação da organização e da logística; E qual instituição apresenta área de logística ou atividades mais estruturadas e ou integradas;	I - a, b, c; II - a, b, c; III - a, b, e, f, g; IV; V.

FASE II: Buscar informações que complemente e possibilite corroborar a análise dos documentos, a caracterizar a estrutura organizacional e identificar o estágio organizacional da logística.

Variáveis de pesquisa	Roteiro de entrevista	Nível hierárquico do respondente	Objetivo da resposta	Resposta referente às variáveis
• **I - Elementos organizacionais:** **a)** atividades; **b)** autoridade; **c)** comunicação; • **II- Componentes organizacionais:** **a)** complexidade; **b)** centralização; **c)** formalização;	1. Houve alguma alteração na estrutura organizacional da instituição nos últimos 5 anos? Qual ou quais? E suas respectivas motivações? 2. A instituição possui formalizado: objetivos, estratégias e metas? Há desdobramento por área? Quais? 3. Como é o processo de elaboração dos objetivos e das estratégias? Qual a periodicidade? Quem participa?	1. Diretoria e Gerência 2. Diretoria e Gerência; 3. Diretoria e Gerência;	1. Analisar se houve mudança em virtude de adaptação a algum elemento, componente organizacional e ou fator contingencial; 2 e 3. Verificar se os objetivos e estratégias estão definidos e claros a todos da instituição, pois segundo a literatura fica fácil gerir as atividades, coordenar as áreas, além das pessoas ficarem mais motivadas, quando participam, sabem o que se esperam delas o que devem buscar atingir e como;	1. I - a, b, c; II - a, b, c; III - a, b, c, d, e, f, g; IV; V; 2. I - a, b, c; II - a, b, c; III - a, b, e; IV; 3. I - a, b, c; II - a, b, c; III - a, b, e; IV;

• **III - Fatores contingenciais:** **a)** objetivos; **b)** estratégias; **c)** ambiente organizacional; **d)** tecnologia; **e)** recursos humanos; **f)** histórico da organização; **g)** idade e tamanho. • **IV - Estágios evolutivos da logística** propostos por de Bowersox et al. (2001; 2007); • **V - Tipos de estruturas organizacionais para as atividades logísticas** empregados por Kim (2007).	4. Os objetivos e estratégias da instituição e ou da área que trabalham são transmitidos a vocês? Como?	4. Operacional;	4 e 5 - Analisar se a área operacional conhecem os objetivos e estratégias da instituição e ou da área que trabalham; se participam e como na elaboração dos mesmos;	4. I - b, c; II - b, c; III - a, b, e; IV;
	5. Vocês participam da elaboração dos objetivos/ estratégias? Como é realizada essa participação? ( ) reuniões ( ) caixa de sugestões ( ) preenchimento de formulários/ questionários ( ) outros:_____	5. Operacional;		5. I - b, c; II - b, c; III - a, b, e; IV;
	6. Há pesquisas para obter informações demográficas, geográficas e epidemiológicas? Como são realizadas? De quanto em quanto tempo? São formalizadas?	6. Diretoria e Gerência;	6. Examinar se os gestores pesquisam, analisam e planejam constantemente seu ambiente organizacional na tentativa de se antecipar as imprevisibilidades e prever a demanda;	6. III - b, c, f;
	7. Quais os fatores críticos (C) ou positivos (P) que há na instituição e possibilitam uma má ou boa gestão da estrutura organizacional? ( ) S*oftware* e *hardware*; ( ) RH ( ) Cultura ( ) Recursos financeiros ( ) Burocracia pública ( ) Outros?_____	7. Diretoria;	7 e 8. Analisar as influências dos fatores contingenciais: ambiente, tecnologia, RH e histórico;	7. I - c; II - c; III - c, d, e, f;
	8. Quais os fatores críticos (C) ou positivos (P) que há na instituição e possibilitam uma má ou boa gestão das atividades logísticas? ( ) S*oftware* e *hardware*; ( ) RH ( ) Cultura ( ) Recursos financeiros ( ) Burocracia pública ( ) Outros?_____	8. Gerência		8. I - c; II - c; III - c, d, e, f;
	9. Houve investimento no sistema de informação (*software*, *hardware*) do hospital nos últimos 5 anos, para otimizar ou melhorar a coordenação do fluxo de materiais? Se sim, quais?	9. Diretoria e Gerência;	9. Analisar a influência da tecnologia.	9. I - c; II - c; III - d; IV; I - b, c; II - b, c; III - d, e;
	10. O sistema de informação do hospital ajuda no controle do fluxo de materiais de forma fácil e rápida? Como? O que pode ser melhorado? Quem controla?	10. Gerência;	10, 11 e 12 - Analisar a influência da tecnologia sobre o fluxo de materiais, se a gerência e o operacional possuem conhecimento dessas influências; e como é realizado a troca de informações e comunicação;	10. I - b, c; II - b, c; III - d, e, f;
	11. As informações de controle do fluxo de materiais, como indicadores de desempenhos, metas, custos etc., são disponibilizados a: ( ) diretoria ( ) gerência ( ) operacional; Como é realizado a troca dessas informações e a comunicação? ( ) relatórios ( ) reuniões ( ) intranet ( ) murais/painéis informativos ( ) outros: _	11. Gerência;		11. I - a, c; II - a, c; III - d, e; IV;
	12. O sistema de informação do hospital ajuda a executarem as atividades logísticas de forma fácil e rápida? Se sim, como? Se não, porquê? E o que pode ser melhorado?	12. Operacional;		12. I - a, c; II - a, c; III - a, b, e; IV; V;

	13. Há treinamentos para as áreas que controlam o fluxo de materiais? Quais áreas/atividades? Que tipo de treinamentos? Quantos por ano e ou carga horária?	13. Gerência;	13, 14, 15 e 16 - Verificar se há um processo sistemático de desenvolvimento do conhecimento entre todos os funcionários com foco no negócio, possibilitando melhorias contínuas e agregar *know-how*, valor ao produto/ serviço;	13. I - a, c; II - a, c; III - a, b, e; IV; V;
	14. Há projetos de incentivos (como fazer cursos técnicos, especializações, graduações etc.), para os funcionários da área de logística ou áreas equivalentes, desenvolverem e ou aperfeiçoarem métodos e formas de gerir as atividades logísticas? Quais?	14. Gerência;		14. I - a, c; II - a, c; III - a, b, e; IV; V;
	15. Vocês recebem treinamentos? Que tipo de treinamentos? Quantos por ano e ou carga horária?	15. Operacional;		15. I - a, c; II - a, c; III - a, b, e; IV;
	16. Que incentivos recebem, para buscarem aperfeiçoar as atividades que executam?	16. Operacional;		16. I - a, b, c; II - a, b, c; III - b, e; IV; V;
	17. Quais as reuniões (discutir problemas, oportunidades, planejamento etc.) são realizadas para a área de logística ou áreas equivalentes (administração de materiais, compras etc.)? Com que freqüência? Quem participa?	17. Diretoria e Gerência;	17 e 18 – Analisar o processo de comunicação, integração dos níveis hierárquicos, o compartilhamento de informações, idéias para auxilio a tomada de decisões;	17. I - a, b, c; II - a, b, c; III - b, e; IV; V;
	18. Vocês participam de quais reuniões? Com que freqüência?	18. Operacional		18. I - a, b, c; II - b, c; III - b, e; IV; V;
	19. As áreas operacionais têm autonomia para resolverem problemas? Até que ponto? Há documentos, manuais ou instruções que registrem essa autonomia de responsabilidades? Caso afirmativo, poderia ter acesso?	19. Gerência;	19 e 20 - Verificar o grau de autoridade para tomada de decisões e centralização de poder distribuída pelos níveis hierárquicos;	19. I - a, b, c; II - a, b, c; III - b, e; IV; V;
	20. Até que ponto vocês tem autonomia para resolverem algum problema?	20. Operacional;		20. I- a, b, c; II - a, b, c; III - b, e; IV; V;
	21. Pesquisar as atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais (Quadro 7): quem executa cada uma? quem coordena? quem controla? E a quem é subordinado quem coordena?	21. Gerência;	21 e 22 - Analisar e buscar maior conhecimento sobre as atividades e autoridade da logística na organização hospitalar.	21. I- a, b, c; II - a, b, c; III - b, e; IV; V;
	22. Terceiriza algum serviço da área de logística? Qual ou quais? Há algum membro ou área interna da instituição que controla o serviço terceirizado? Quem ou qual?	22. Gerência;		

APÊNDICE C

Síntese das respostas das entrevistas

Documentos utilizados: organogramas; regulamento; relatório de gestão de 1995 a 2002; relatório de atividades 2008; informações atualizadas quanto à estrutura organizacional, princípios organizacionais, dados estatísticos e reportagens no site da instituição.

Respondentes: R1= **Nível Diretoria**; R2= **Nível Gerencial**; R3= **Nível Operacional**

1. Houve alguma alteração na estrutura organizacional da instituição nos últimos 5 anos? Qual ou quais? E suas respectivas motivações? R1e R2: Entre os 5 a 10 últimos anos houve uma reestruturação, reagrupando algumas áreas, como o departamento de apoio administrativo, além de criar a função de gerência de ambulatório, a divisão de hotelaria entre outras pequenas alterações. As motivações que levaram a buscar essas alterações foi em otimizar o processo. Documentos disponibilizados que corroboram essas informações: Regulamento e relatório de gestão de 1995 a 2002.
2. A instituição possui formalizado: objetivos, estratégias e metas? Há desdobramento por área? Quais? R1e R2: Sim, há desdobramento para todas as áreas, divisões, seções e serviços. Documentos disponibilizados que corroboram essas informações: regulamento e informações no site da instituição.
3. Como é o processo de elaboração dos objetivos e das estratégias? Qual a periodicidade? Quem participa? R1e R2: Durante a reunião anual de planejamento estratégico. A administração superior e a alta administração participam da elaboração. Documentos disponibilizados que corroboram essas informações: regulamento (atribuições e competências).
4. Os objetivos e estratégias da instituição e ou da área que trabalham são transmitidos a vocês? Como? R2: Sim, através de relatórios, murais, intranet e os POs; R3: Sim, através dos murais, intranet e nos POs. Obs. O pesquisador constatou visualmente anexado nos murais.
5. Vocês participam da elaboração dos objetivos/ estratégias? Como é realizada essa participação? ( ) reuniões ( ) caixa de sugestões ( ) preenchimento de formulários/ questionários ( ) outros: R2 e R3: os objetivos e estratégias (planejamento autorizado) são liberados pela Assessoria Técnica após reunião da administração superior e alta administração para executarmos.
6. Há pesquisas para obter informações demográficas, geográficas e epidemiológicas? Como são realizadas? De quanto em quanto tempo? São formalizadas? R2e R3: Sim, são realizadas pela Divisão Epidemiológica e pelos Docentes da Universidade, que repassam as informações a Assessoria Técnica montar o planejamento a ser autorizado pela administração superior e alta administração, para depois repassar o planejamento autorizado para as demais áreas envolvidas. Documentos disponibilizados que corroboram essas informações: regulamento (atribuições e competências).

7. Quais os fatores críticos (C) ou positivos (P) que há na instituição e possibilitam uma má ou boa gestão da estrutura organizacional? (P) S*oftware* e *hardware*; (?) RH, nem crítico nem positivo, pois seguem o que está nos POs e no regulamento;(C) Recursos financeiros (C) Burocracia pública ( ) Outros?_____

8. Quais os fatores críticos (C) ou positivos (P) que há na instituição e possibilitam uma má ou boa gestão das atividades logísticas? (P) S*oftware* e *hardware*, apesar de serem pontos positivos limitam o fluxo de materiais por especialidade, engessando e tornando moroso; (?) RH, idem a resposta da questão 7; (C) Recursos financeiros (C) Burocracia pública, engessa e impede algumas mudanças ( ) Outros?_

9. Houve investimento no sistema de informação (*software*, *hardware*) do hospital nos últimos 5 anos, para otimizar ou melhorar a coordenação do fluxo de materiais? Se sim, quais? R1e R2: A quase 10 anos investiram bastante em s*oftware* e *hardware*, para desenvolver o sistema de gestão de materiais. Mas constantemente se desenvolvem novas interfaces para coletar dados, além de realizar ajustes ou reajustes no s*oftware* e *hardware* para otimizar os processos . Os investimentos mais recentes, que lembram, são as interfaces para avaliar fornecedores e controlar estoques através de códigos de barras/etiquetas. Documentos disponibilizados que corroboram essas informações: relatório de gestão de 1995 a 2002.

10. O sistema de informação do hospital ajuda no controle do fluxo de materiais de forma fácil e rápida? Como? O que pode ser melhorado? Quem controla? R2: De forma fácil sim, há possibilidade de gerar vários relatórios. Mais são processos morosos, pois estão fracionados por áreas/especialidade, e o controle também. Quanto o que pode ser melhorado é buscar diminuir essa morosidades dos processos, para isso foi contratado uma Auditoria de Logística para otimizar o tempo e os custos.

11. As informações de controle do fluxo de materiais, como indicadores de desempenhos, metas, custos etc., são disponibilizados a: (X) diretoria (X) gerência (X) operacional; Como é realizado a troca dessas informações e a comunicação? (X) relatórios (X) reuniões (X) intranet (X) murais/painéis informativos ( ) outros: R2: A Assessoria Técnica libera para as demais áreas o planejamento autorizado, com valores de recursos financeiros a serem utilizados no semestre em questão, metas a serem atingidas etc. É de responsabilidade de cada área controlar se os resultados estão sendo atingidos, mas quem coordena se está tudo certo e acompanha se os murais estão sendo atualizados é a Assessoria Técnica com o Grupo de Avaliação de desempenho e a Seção de Custos.

12. O sistema de informação do hospital ajuda a executar as atividades logísticas de forma fácil e rápida? Se sim, como? Se não, porquê? E o que pode ser melhorado? R3: Analisando dentro do Serviço de Almoxarifado o sistema de informação é fácil de ser manuseado e proporciona respostas rápidas referente os materiais que estão em estoque, pois todos possuem códigos de barras ou etiquetas de identificação para controle de entrada e saída. Quanto o que pode ser melhorado não possui sugestões plausíveis.

13. Há treinamentos para as áreas que controlam o fluxo de materiais? Quais áreas/atividades? Que tipo de treinamentos? Quantos por ano e ou carga horária? R2: Há treinamentos para as áreas administrativas ou que controlam o fluxo de materiais (expedição, recebimento, almoxarifado, compras etc.), quando se contrata funcionários novos, ou há alguma alteração no sistema de informação/gestão, ou aquisição de equipamentos novos/diferentes. Além do RH desenvolver mensalmente cursos, workshops e palestras (gestão de pessoas, recepção de pessoas, comunicação, motivacionais etc.) a quem se interessar, ou seja, qualquer funcionário que tenha interesse pode participar.

14. Há projetos de incentivos (como fazer cursos técnicos, especializações, graduações etc.), para os funcionários da área de logística ou áreas equivalentes, desenvolverem e ou aperfeiçoarem métodos e formas de gerir as atividades logísticas? Quais? R2: Normalmente em instituições públicas não possui plano de carreira para incentivar os profissionais. Há necessidade de criar outros artifícios como forma de incentivos, como melhoria das condições de atendimento aos funcionários, através de serviços de: programa de ginástica laboral, especialização em segurança do trabalho, programa de atendimento médico aos funcionários etc. Obs. O relatório de gestão de 1995-2002 relata esses artifícios com foco motivacional aos funcionários.

15. Vocês recebem treinamentos? Que tipo de treinamentos? Quantos por ano e ou carga horária? R3: Recebemos treinamentos quando se contrata funcionários novos, ou há alguma alteração no sistema de informação/gestão, ou aquisição de equipamentos novos/diferentes.

16. Que incentivos recebem, para buscarem aperfeiçoar as atividades que executam? R3: Seguimos o que está escrito nos POs e o que está traçado no planejamento autorizado. Além das várias palestras e workshops que colocam a nossas disposições para fazer, nos fornecem vários benefícios como: programas de atendimento médico, programa de ginástica laboral, entretenimentos como apresentação de peças teatrais entre outros.

17. Quais as reuniões (discutir problemas, oportunidades, planejamento etc.) são realizadas para a área de logística ou áreas equivalentes (administração de materiais, compras etc.)? Com que freqüência? Quem participa? R1 e R2: Há reuniões a cada dois meses, normalmente programadas, internamente dentro das divisões/serviços/seções e mensais no departamento, fora as extraordinárias, para apresentar o planejamento autorizado, discutir sobre as metas ou algum problema que esteja ocorrendo.

18. Vocês participam de quais reuniões? Com que freqüência? R3: Normalmente a cada dois meses para verificar sobre as metas ou quando necessário para discutir sobre algum problema.

19. As áreas operacionais têm autonomia para resolverem problemas? Até que ponto? Há documentos, manuais ou instruções que registrem essa autonomia de responsabilidades? Caso afirmativo, poderia ter acesso? R2: Todas as funções possuem especificadas nos POs o quem tem de fazer e seus limites. Os POs são atualizados constantemente em virtude do programa de Compromisso com

a Qualidade Hospitalar (CQH), e são visualizados pelos funcionários via intranet, não sendo liberada visualização ou cópia para estranhos ou funcionários que não desenvolva a função. No regulamento da instituição é possível visualizar as principais competências e atribuições dos cargos.

20. Até que ponto vocês tem autonomia para resolverem algum problema? R3: Normalmente os funcionários operacionais seguem, com rigor, o que está descriminado nos POs e no edital para o qual foi contratado.

21. Pesquisar as atividades logísticas hospitalares propostas para o fluxo de materiais: quem executa? quem controla? quem coordena? E a quem é subordinado quem coordena? R1, R2 e R3: resposta direta no Quadro 10.

22. Terceiriza algum serviço da área de logística? Qual ou quais? Há algum membro ou área interna da instituição que controla o serviço terceirizado? Quem ou qual? R1e R2: Não há terceirização direta no serviço administrativo. As atividades que são terceirizadas são de Limpeza e Lavanderia. Os materiais para funcionamento são de responsabilidades da empresa terceirizada adquirir.

ANEXO A
Estatística do setor da saúde
FBH – Federação Brasileira de Hospitais

HOSPITAIS NO PAÍS				
Hospitais Públicos	Federal	55	**2.812**	**36,6%**
	Estadual	544		
	Municipal	2.213		
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.728	**4.687**	**22,5%**
	Lucrativos	2.959		**38,5%**
Hospitais Universitários e de Ensino		186	**186**	**2,4%**
TOTAL			**7.685**	**100,0%**

HOSPITAIS DISPONIBILIZADOS AO SUS			
Hospitais Públicos	Federal	28	**2.777**
	Estadual	536	
	Municipal	2.213	
Hospitais Universitários		186	**186**
SUBTOTAL			**2.963**
Hospitais Privados	Filantrópicos	1.651	**3.134**
	Lucrativos	1.483	
TOTAL			**6.097**

LEITOS DE HOSPITAIS				
LEITOS	2005	2006	2007	2008
Leitos SUS	380.572	375.682	372.811	357.299
Leitos não SUS	123.430	122.915	130.414	145.211
TOTAL	**504.002**	**498.697**	**503.225**	**502.510**

LEITOS	SUS	Não SUS	TOTAL
Leitos UTI	10.874	26.595	37.469
Leitos Cirúrgicos	75.938	37.403	113.341
Leitos Psiquiatria	43.166	9.261	52.427
Leitos Reabilitação	1.036	265	1.301
TOTAL	**131.014**	**73.524**	**204.538**

Fonte: DATASUS - 08/2008

ANEXO B
Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			**FR - 318067**
Projeto de Pesquisa Logística integrada e estrutura organizacional: multicasos em hospitais universitários			
Área de Conhecimento 3.00 - Engenharias - 3.08 - Engenharia de Produção	Grupo Grupo III		Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica
Unitermos Logística Integrada; Estrutura organizacional; Organização hospitalar			
Sujeitos na Pesquisa			
Nº de Sujeitos no Centro 3	Total Brasil 3	Nº de Sujeitos Total 3	Grupos Especiais
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável			
Pesquisador Responsável Érica Aparecida Araújo		CPF XXX.XXX.XXX-XX	Identidade XX.XXX.XXX-X
Área de Especialização ENGENHARIA DE PRODUÇÃO		Maior Titulação MESTRANDA	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA XXX, N. XXXX		Bairro XXXXXXXXX	Cidade PATROCÍNIO PAULISTA - SP
Código Postal 14415-000	Telefone (XX) XXXX-XXX	Fax	Email ericaap@sc.usp.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____

Data: _____/_____/_____ Assinatura

Instituição Onde Será Realizado			
Nome Hospital XXXXXXXXX		CNPJ XX.XXX.XXX/0001-XX	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Administrativo		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço AV. XXXXX		Bairro XXXXXXX	Cidade XXXXXXX - SP
Código Postal XXXXXX-XXX	Telefone (XX) XXXX-XXX	Fax	Email XXXXXXXX

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: _____ _____

Data: _____/_____/_____ Assinatura

Patrocinadora			
Nome XXXXXXXXXX			CNPJ XXXXXXX
Endereço XXXXXXXXXX		Bairro XXXXX	Cidade XXXXX
Código Postal XXXXX	Telefone XXXXXX	Fax XXXXXX	Email XXXXXXX
Responsável		Cargo / Função	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 11/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/

ANEXO C
Declaração ao comitê de ética indicado pelo SISNEP

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de _____– CEP/_____

Endereço: _____ – Fone/fax: _____
Cidade: _____ – SP

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os devidos fins que:

- Tenho ciência dos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que cumprirei os mesmos;
- Que tornarei público os resultados do projeto de pesquisa Logística integrada e estrutura organizacional: estudo de caso em hospital universitários e de ensino público, sejam eles favoráveis ou não;
- Que há infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do referido projeto.

_____, _____ de _____ de 2010.

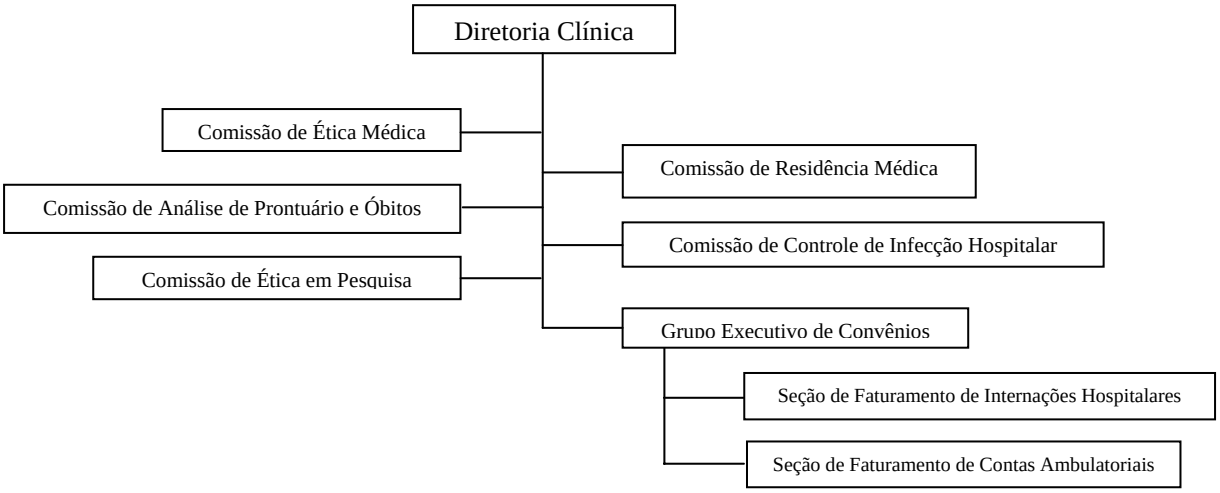
_____ _____
Responsável pelo projeto Orientador

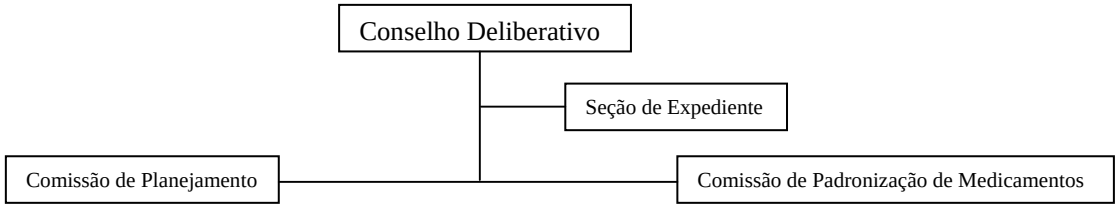
_____ _____
Nome e Setor Nome e Setor

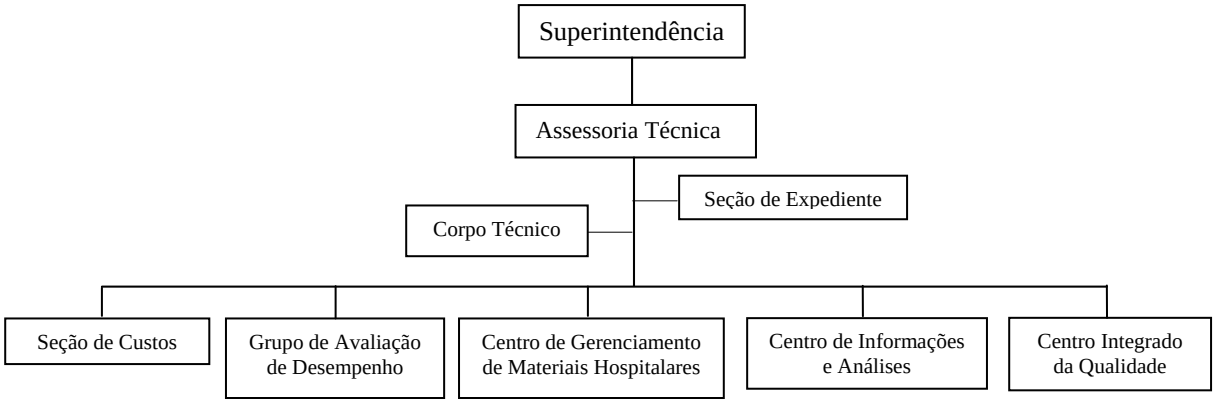
_____ _____
Nome e Setor Nome e Setor

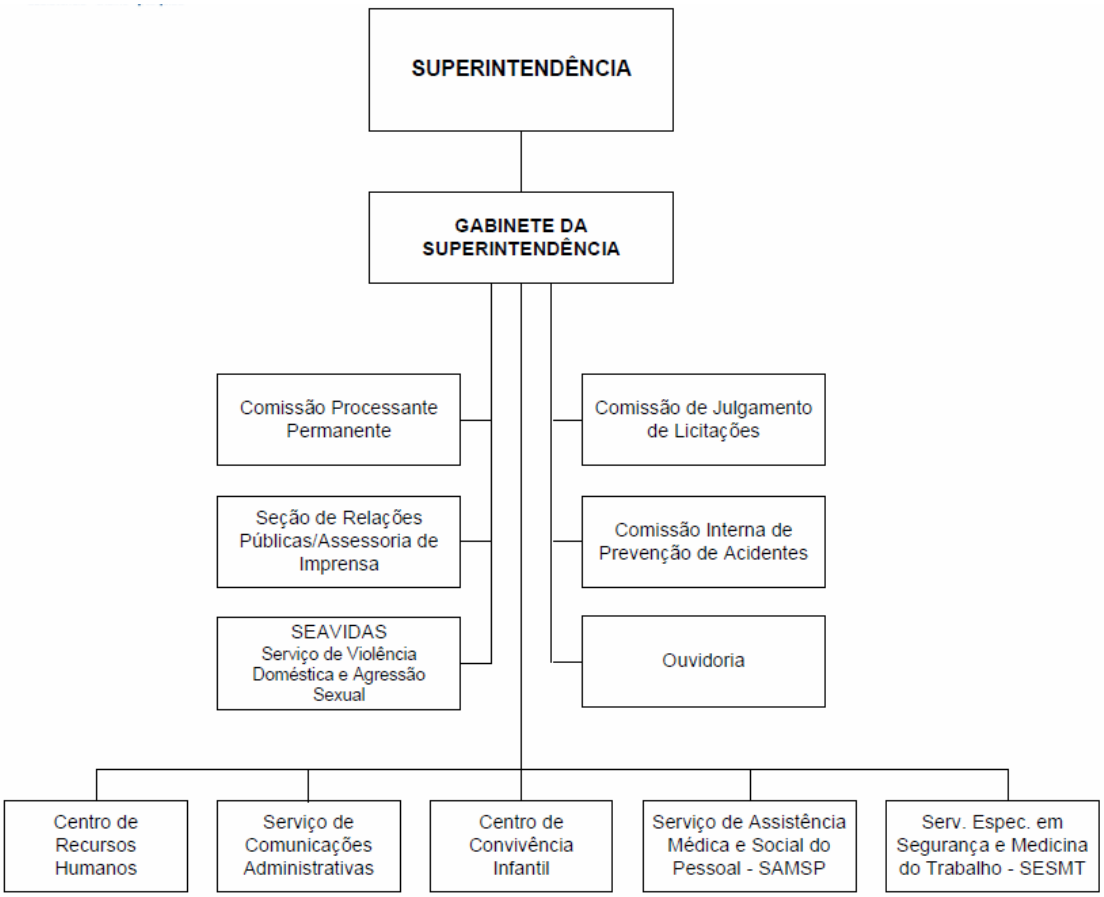
Obs: Solicitar assinaturas e carimbos de todos os responsáveis direta e indiretamente por essa pesquisa, por exemplo: responsáveis pelo departamento, disciplina, serviço, andar, médicos e chefia de enfermagem responsáveis pelo sujeito da pesquisa (paciente).

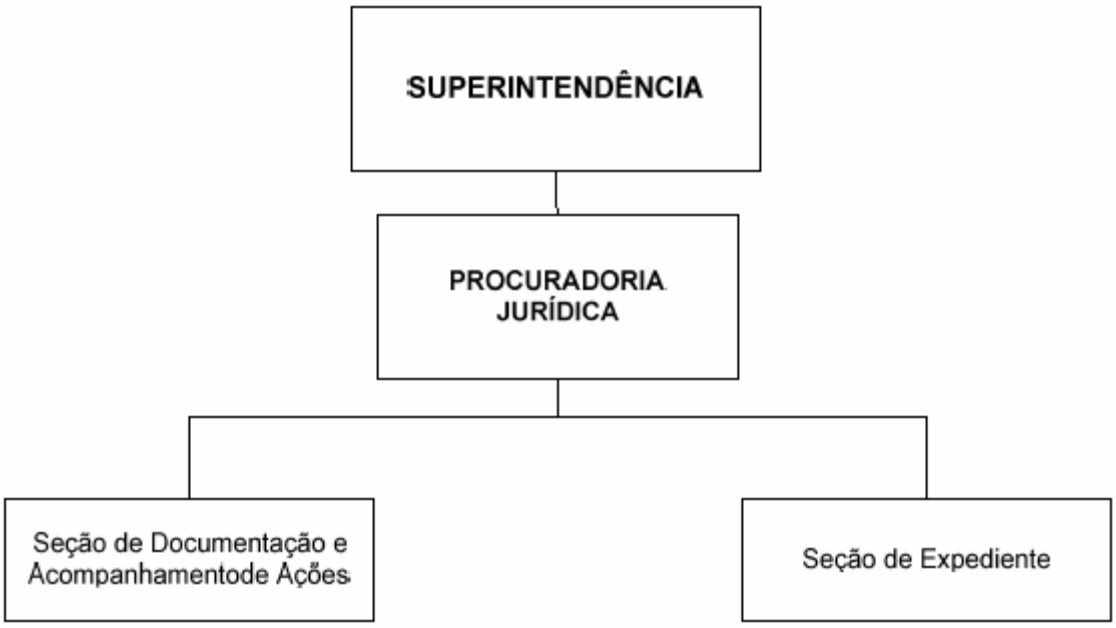
ANEXO D
Organogramas detalhado por área do HUEP

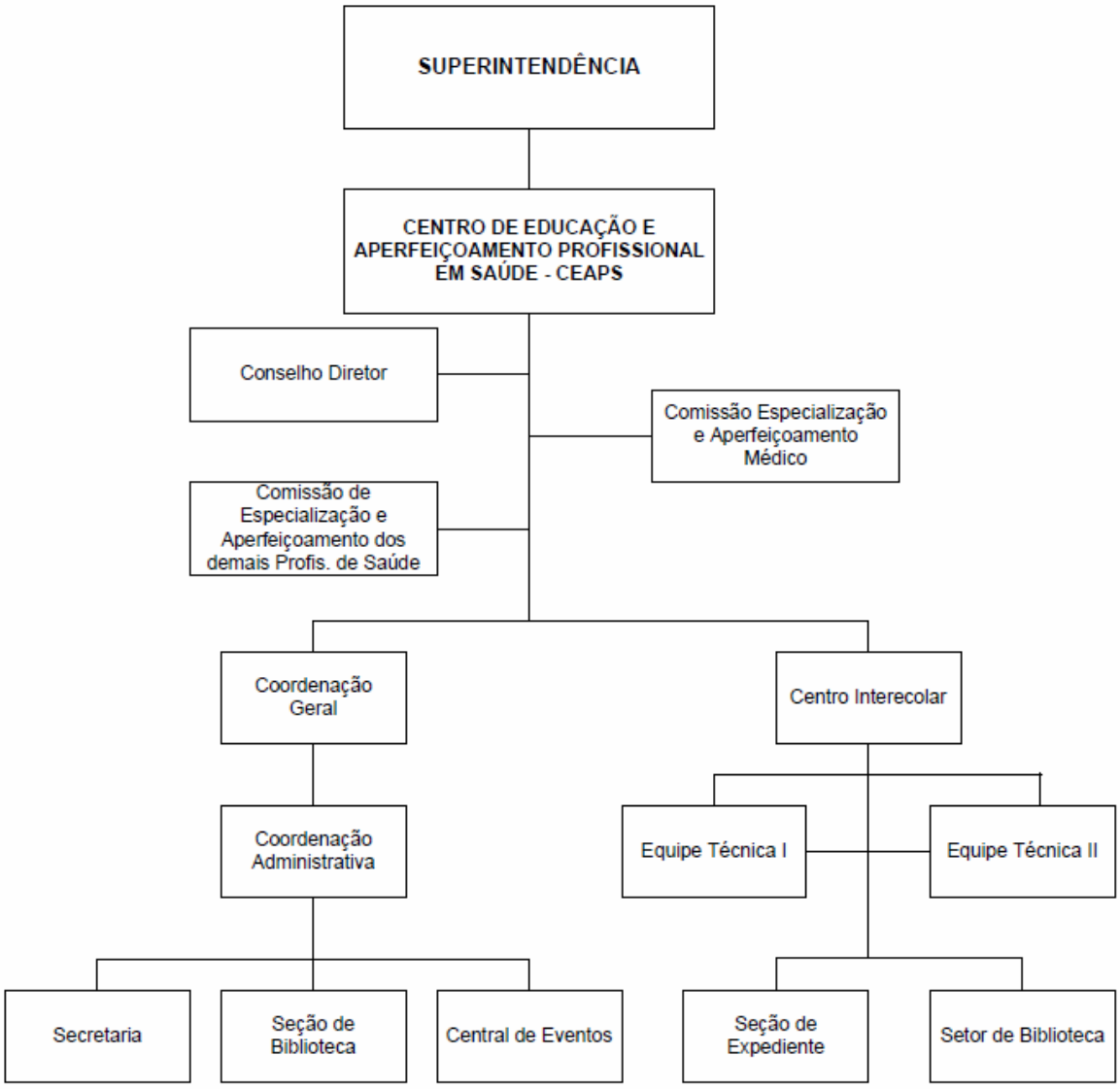




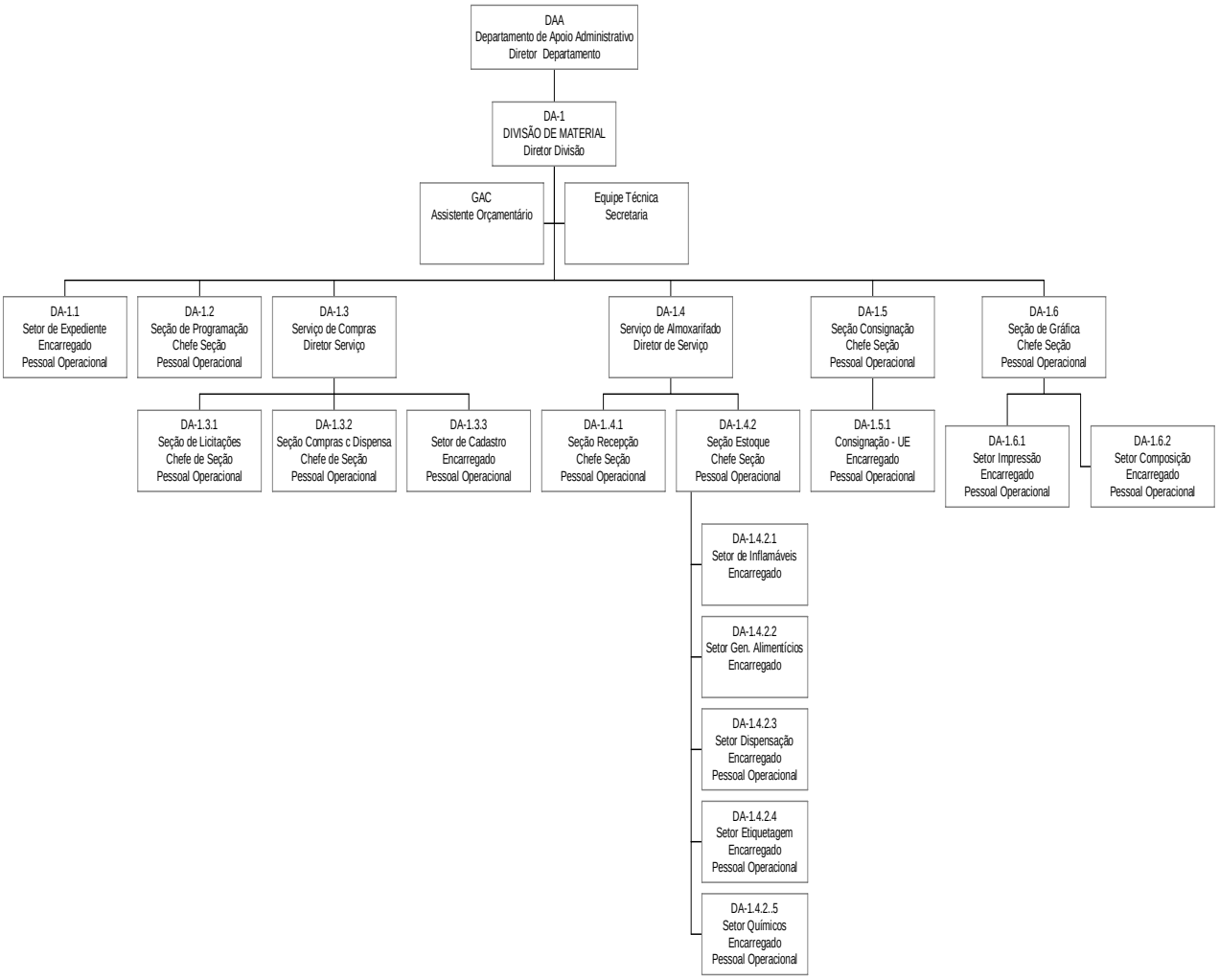



SUPERINTENDÊNCIA
GABINETE DA SUPERINTENDÊNCIA
Comissão Processante Permanente
Seção de Relações Públicas/Assessoria de Imprensa
SEAVIDAS Serviço de Violência Doméstica e Agressão Sexual
Comissão de Julgamento de Licitações
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Ouvidoria
Centro de Recursos Humanos
Serviço de Comunicações Administrativas
Centro de Convivência Infantil
Serviço de Assistência Médica e Social do Pessoal - SAMSP
Serv. Espec. em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

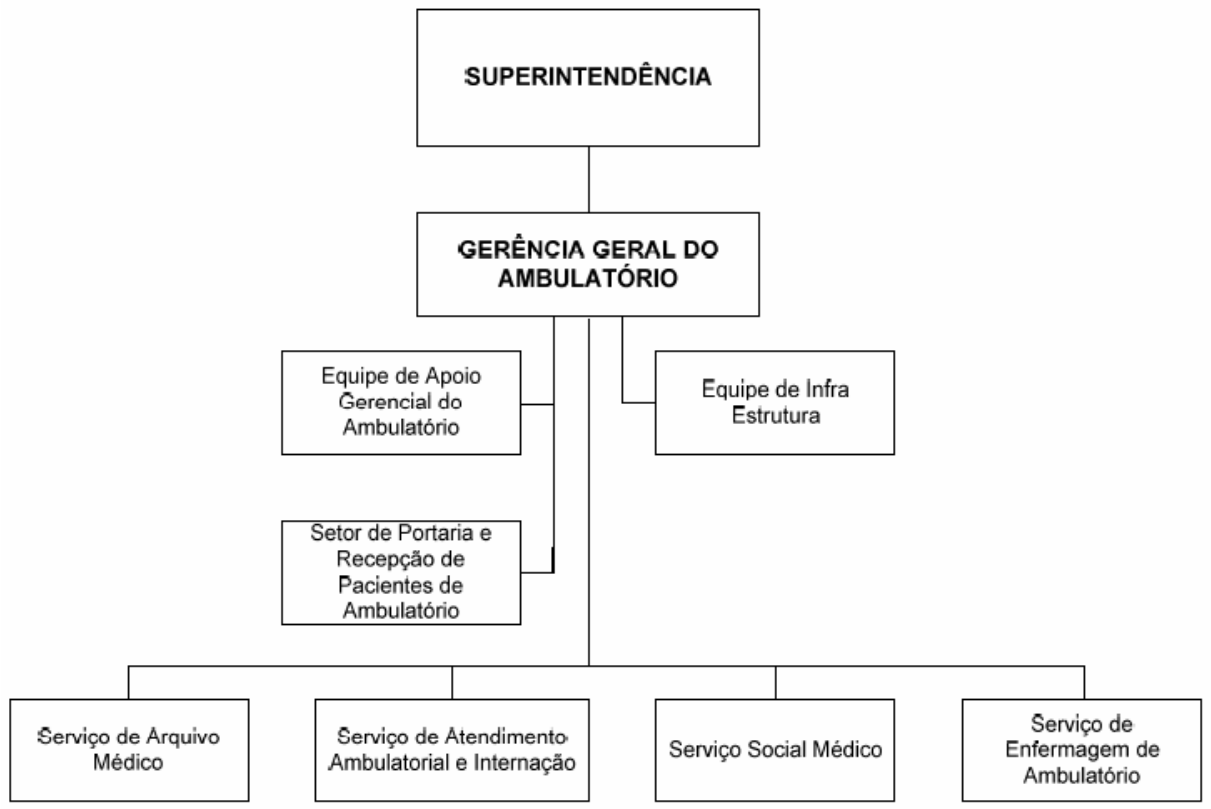

SUPERINTENDÊNCIA
PROCURADORIA JURÍDICA
Seção de Documentação e Acompanhamentode Ações
Seção de Expediente

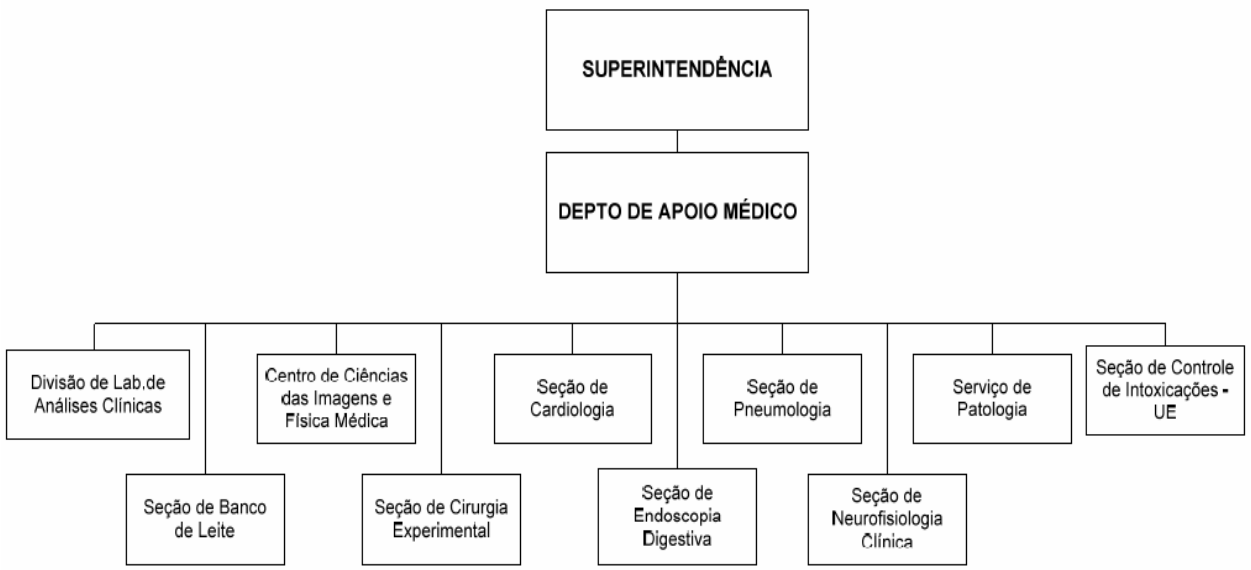

SUPERINTENDÊNCIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE - CEAPS
Conselho Diretor
Comissão Especialização e Aperfeiçoamento Médico
Comissão de Especialização e Aperfeiçoamento dos demais Profis. de Saúde
Coordenação Geral
Centro Interecolar
Coordenação Administrativa
Equipe Técnica I
Equipe Técnica II
Secretaria
Seção de Biblioteca
Central de Eventos
Seção de Expediente
Setor de Biblioteca

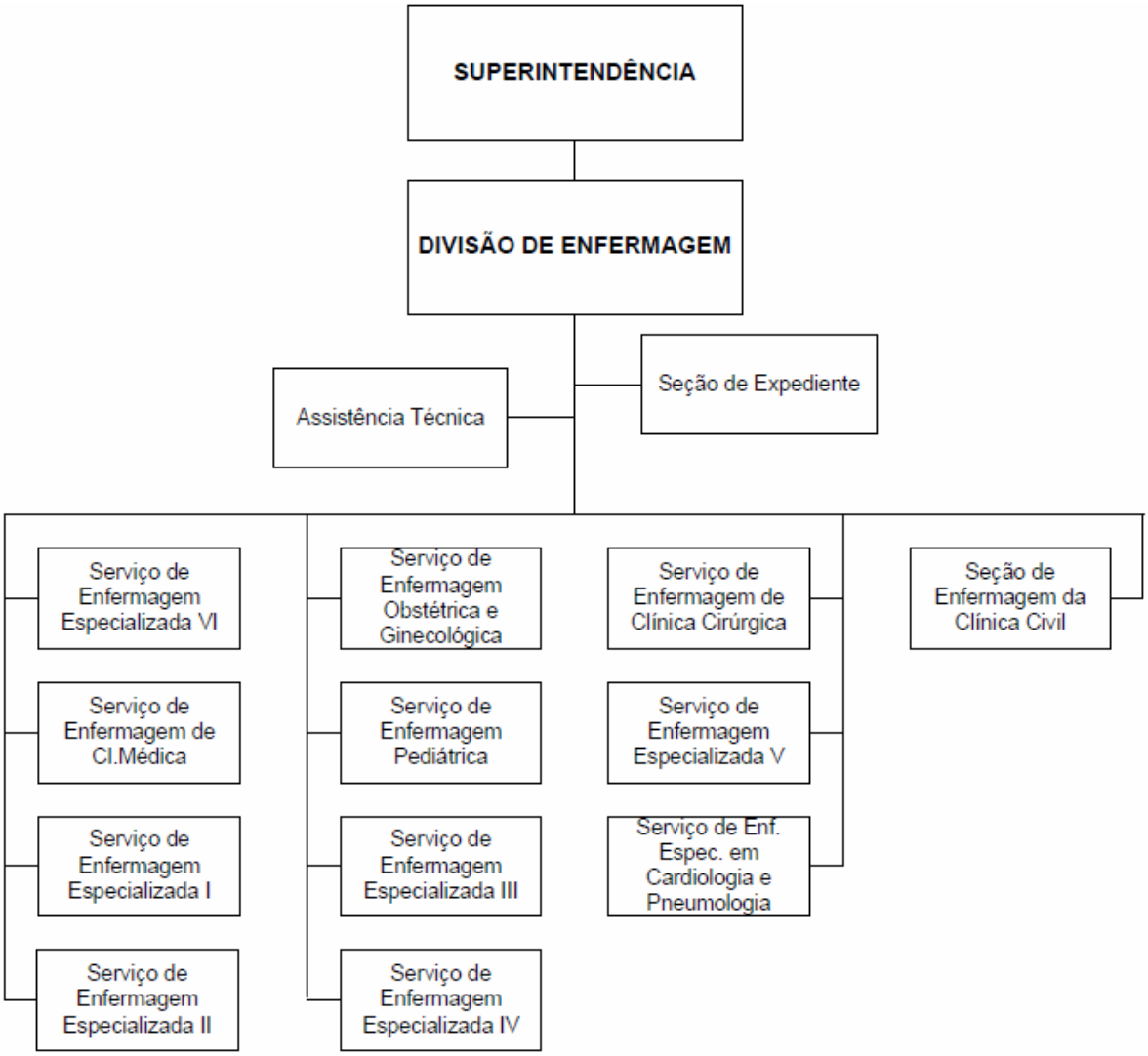
SUPERINTENDÊNCIA
DEPARTAMENTO DE APOIO ADMINISTRATIVO
Divisão de Material
Divisão de Segurança Patrimonial
Divisão de Hotelaria Hospitalar
Seção de Transportes

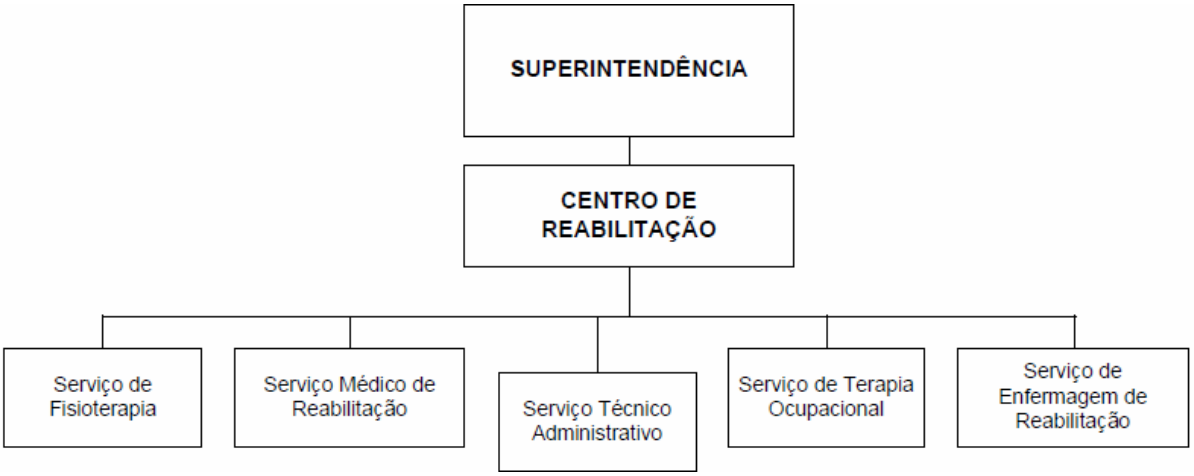

DAA
Departamento de Apoio Administrativo
Diretor Departamento
DA-1
DIVISÃO DE MATERIAL
Diretor Divisão
GAC
Assistente Orçamentário
Equipe Técnica
Secretaria
DA-1.1
Setor de Expediente
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.2
Seção de Programação
Chefe Seção
Pessoal Operacional
DA-1.3
Serviço de Compras
Diretor Serviço
DA-1.4
Serviço de Almoxarifado
Diretor de Serviço
DA-1.5
Seção Consignação
Chefe Seção
Pessoal Operacional
DA-1.6
Seção de Gráfica
Chefe Seção
Pessoal Operacional
DA-1.3.1
Seção de Licitações
Chefe de Seção
Pessoal Operacional
DA-1.3.2
Seção Compras c Dispensa
Chefe de Seção
Pessoal Operacional
DA-1.3.3
Setor de Cadastro
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1..4.1
Seção Recepção
Chefe Seção
Pessoal Operacional
DA-1.4.2
Seção Estoque
Chefe Seção
Pessoal Operacional
DA-1.5.1
Consignação - UE
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.6.1
Setor Impressão
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.6.2
Setor Composição
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.4.2.1
Setor de Inflamáveis
Encarregado
DA-1.4.2.2
Setor Gen. Alimentícios
Encarregado
DA-1.4.2.3
Setor Dispensação
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.4.2.4
Setor Etiquetagem
Encarregado
Pessoal Operacional
DA-1.4.2..5
Setor Químicos
Encarregado
Pessoal Operacional

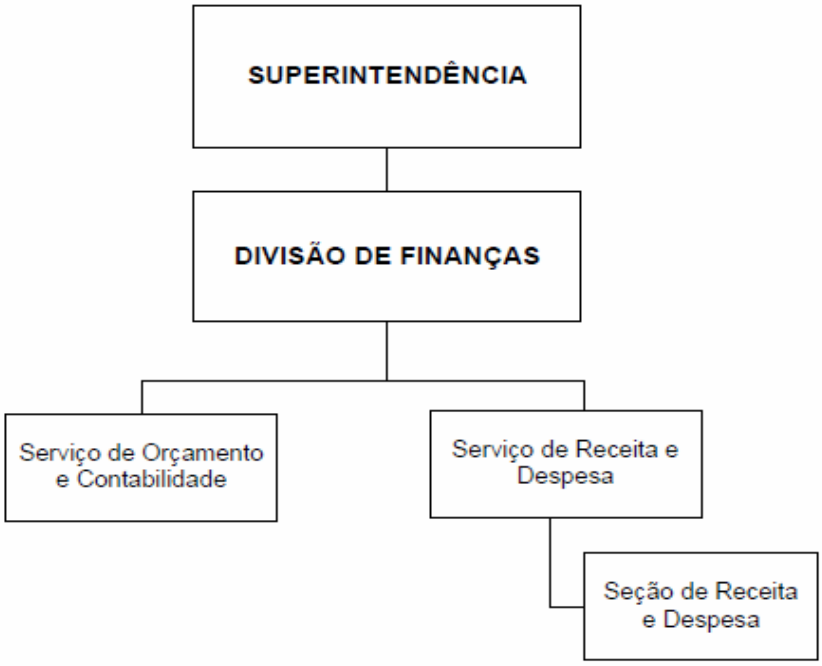
SUPERINTENDÊNCIA
DEPTO DE APOIO TÉCNICO
Assistência Técnica
Setor de Expediente
Divisão de Assistência Farmacêutica
Divisão de Nutrição e Dietética

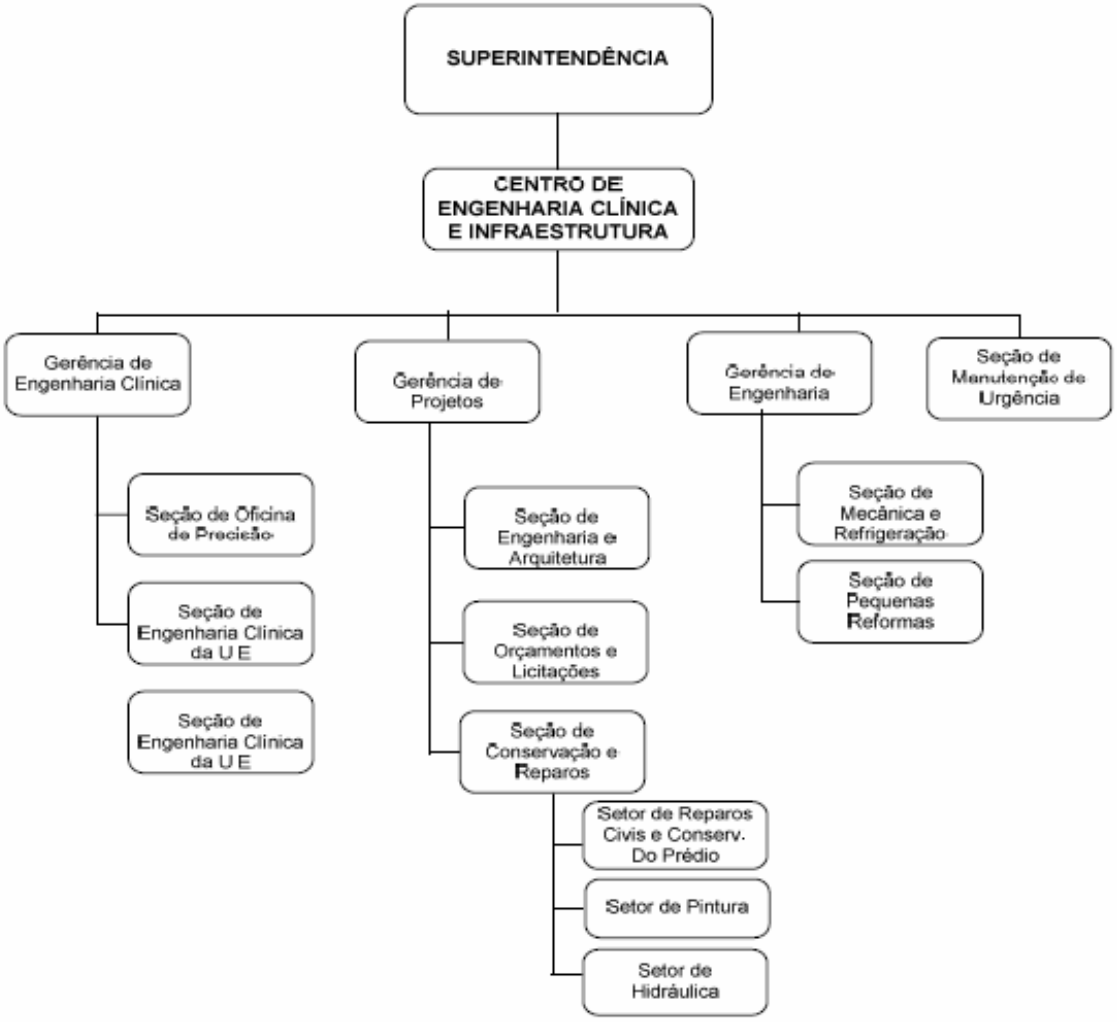

SUPERINTENDÊNCIA
GERÊNCIA GERAL DO AMBULATÓRIO
Equipe de Apoio Gerencial do Ambulatório
Equipe de Infra Estrutura
Setor de Portaria e Recepção de Pacientes de Ambulatório
Serviço de Arquivo Médico
Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação
Serviço Social Médico
Serviço de Enfermagem de Ambulatório

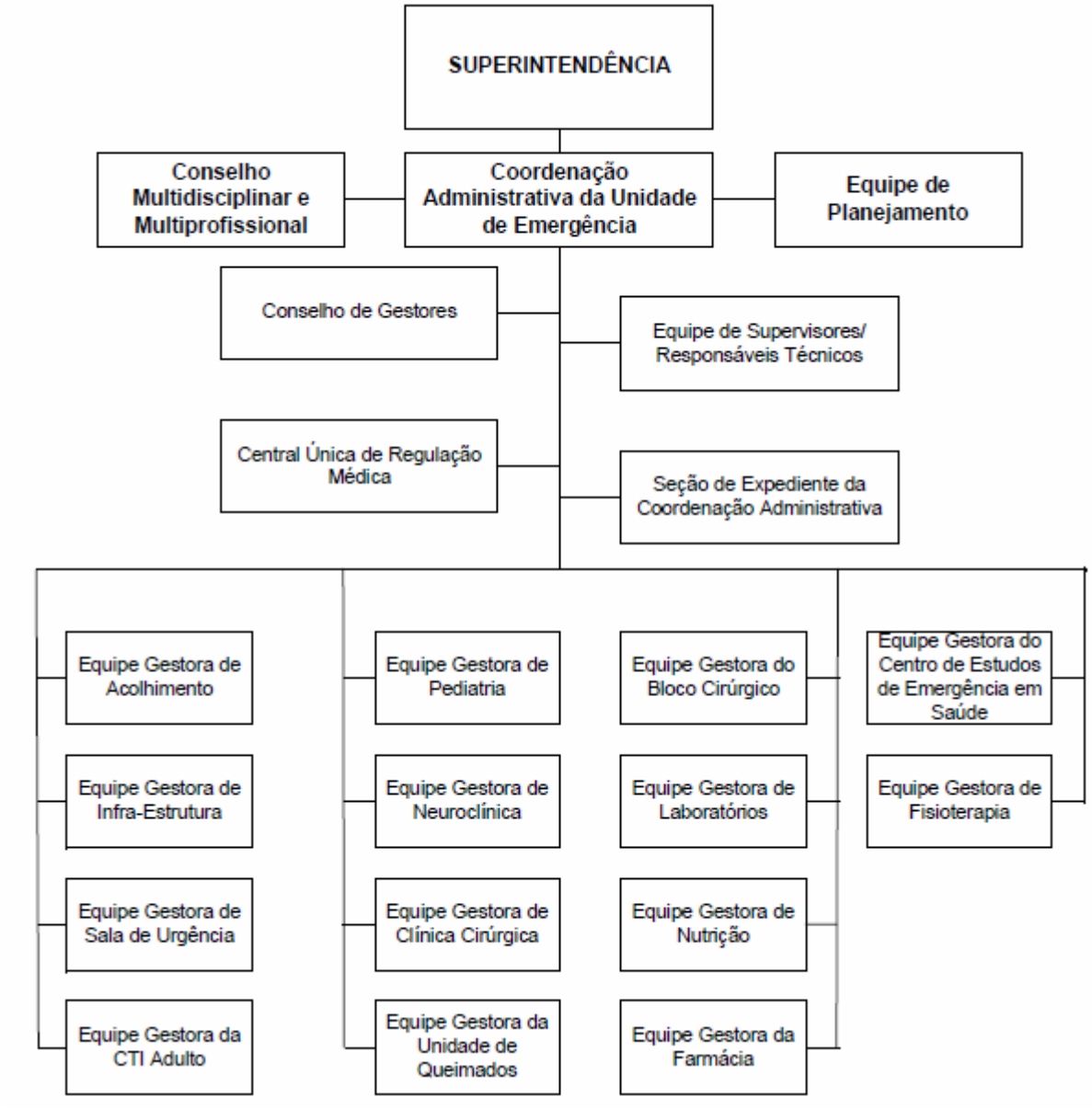

SUPERINTENDÊNCIA
DEPTO DE APOIO MÉDICO
Divisão de Lab.de Análises Clínicas
Seção de Banco de Leite
Centro de Ciências das Imagens e Física Médica
Seção de Cirurgia Experimental
Seção de Cardiologia
Seção de Endoscopia Digestiva
Seção de Pneumologia
Seção de Neurofisiologia Clínica
Serviço de Patologia
Seção de Controle de Intoxicações - UE

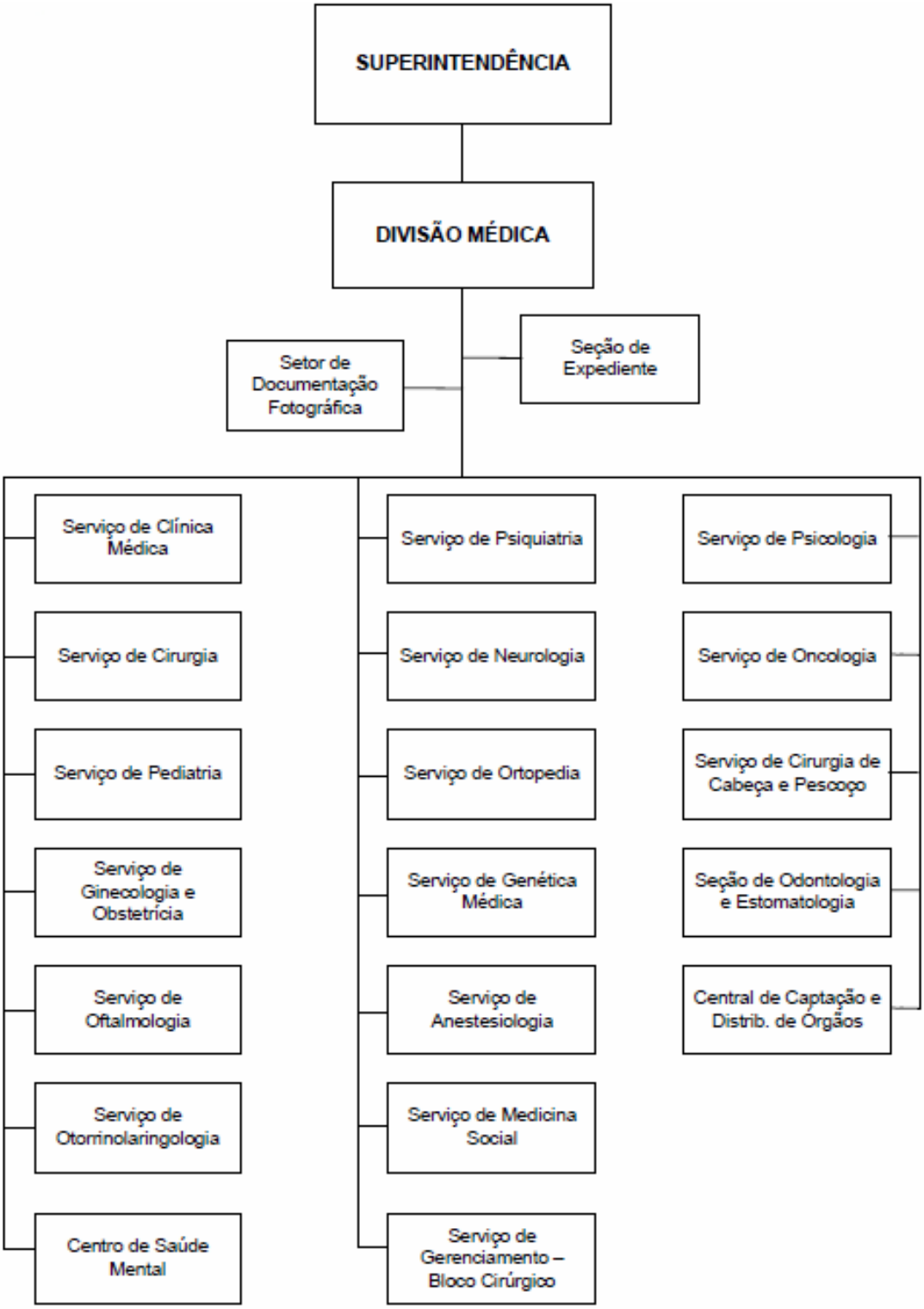

SUPERINTENDÊNCIA
DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Assistência Técnica
Seção de Expediente
Serviço de Enfermagem Especializada VI
Serviço de Enfermagem de Cl.Médica
Serviço de Enfermagem Especializada I
Serviço de Enfermagem Especializada II
Serviço de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica
Serviço de Enfermagem Pediátrica
Serviço de Enfermagem Especializada III
Serviço de Enfermagem Especializada IV
Serviço de Enfermagem de Clínica Cirúrgica
Serviço de Enfermagem Especializada V
Serviço de Enf. Espec. em Cardiologia e Pneumologia
Seção de Enfermagem da Clínica Civil

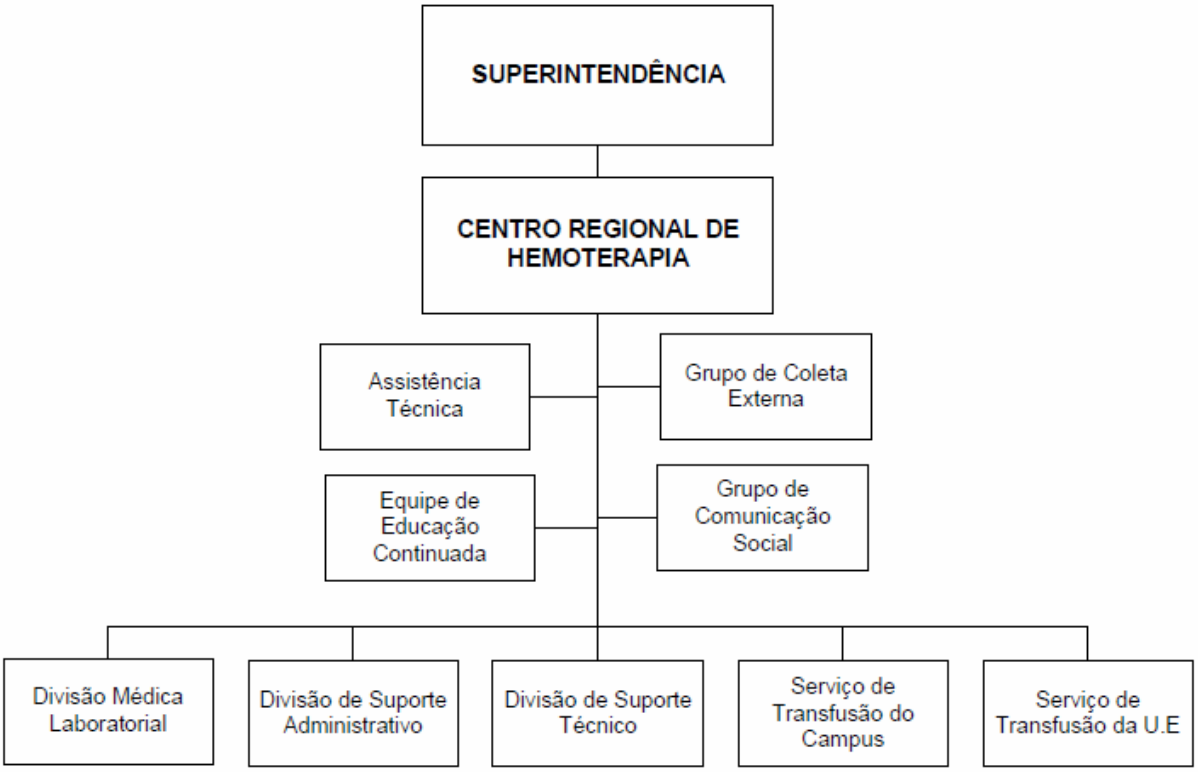

SUPERINTENDÊNCIA
CENTRO DE REABILITAÇÃO
Serviço de Fisioterapia
Serviço Médico de Reabilitação
Serviço Técnico Administrativo
Serviço de Terapia Ocupacional
Serviço de Enfermagem de Reabilitação


SUPERINTENDÊNCIA
DIVISÃO DE FINANÇAS
Serviço de Orçamento e Contabilidade
Serviço de Receita e Despesa
Seção de Receita e Despesa


SUPERINTENDÊNCIA
CENTRO DE ENGENHARIA CLÍNICA E INFRAESTRUTURA
Gerência de Engenharia Clínica
Gerência de Projetos
Gerência de Engenharia
Seção de Manutenção de Urgência
Seção de Oficina de Precisão
Seção de Engenharia Clínica da U E
Seção de Engenharia Clínica da U E
Seção de Engenharia e Arquitetura
Seção de Orçamentos e Licitações
Seção de Conservação e Reparos
Setor de Reparos Civis e Conserv. Do Prédio
Setor de Pintura
Setor de Hidráulica
Seção de Mecânica e Refrigeração
Seção de Pequenas Reformas


SUPERINTENDÊNCIA
Conselho Multidisciplinar e Multiprofissional
Coordenação Administrativa da Unidade de Emergência
Equipe de Planejamento
Conselho de Gestores
Equipe de Supervisores/ Responsáveis Técnicos
Central Única de Regulação Médica
Seção de Expediente da Coordenação Administrativa
Equipe Gestora de Acolhimento
Equipe Gestora de Infra-Estrutura
Equipe Gestora de Sala de Urgência
Equipe Gestora da CTI Adulto
Equipe Gestora de Pediatria
Equipe Gestora de Neuroclínica
Equipe Gestora de Clínica Cirúrgica
Equipe Gestora da Unidade de Queimados
Equipe Gestora do Bloco Cirúrgico
Equipe Gestora de Laboratórios
Equipe Gestora de Nutrição
Equipe Gestora da Farmácia
Equipe Gestora do Centro de Estudos de Emergência em Saúde
Equipe Gestora de Fisioterapia


SUPERINTENDÊNCIA
DIVISÃO MÉDICA
Setor de Documentação Fotográfica
Seção de Expediente
Serviço de Clínica Médica
Serviço de Cirurgia
Serviço de Pediatria
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Serviço de Oftalmologia
Serviço de Otorrinolaringologia
Centro de Saúde Mental
Serviço de Psiquiatria
Serviço de Neurologia
Serviço de Ortopedia
Serviço de Genética Médica
Serviço de Anestesiologia
Serviço de Medicina Social
Serviço de Gerenciamento – Bloco Cirúrgico
Serviço de Psicologia
Serviço de Oncologia
Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Seção de Odontologia e Estomatologia
Central de Captação e Distrib. de Órgãos


SUPERINTENDÊNCIA
CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA
Assistência Técnica
Grupo de Coleta Externa
Equipe de Educação Continuada
Grupo de Comunicação Social
Divisão Médica Laboratorial
Divisão de Suporte Administrativo
Divisão de Suporte Técnico
Serviço de Transfusão do Campus
Serviço de Transfusão da U.E

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo