UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS

LUÍS CARLOS DE MARINO SCHIAVON

Gestão de relacionamento com fornecedores: estudo de múltiplos casos em
hospitais universitários

São Carlos
2018

LUÍS CARLOS DE MARINO SCHIAVON

Gestão de relacionamento com fornecedores: estudo de múltiplos casos em
hospitais universitários

Tese apresentada à Escola de Engenharia de
São Carlos da Universidade de São Paulo,
como requisito para a obtenção do Título de
Doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti

São Carlos

2018

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

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Dr. Sérgio Rodrigues Fontes da
EESC/USP com os dados inseridos pelo(a) autor(a).

S329g	<p>Schiavon, Luís Carlos de Marino</p> <p>Gestão de relacionamento com fornecedores: estudo de múltiplos casos em hospitais universitários / Luís Carlos de Marino Schiavon; orientador Marcel Andreotti Musetti. São Carlos, 2018.</p> <p>Tese (Doutorado) - 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, 2018.</p> <p>1. Gestão da cadeia de suprimentos. 2. Gestão estratégica de compras. 3. Gestão hospitalar. 4. Gestão de fornecedores. 5. Gestão de compras. 6. Strategic Sourcing. 7. Eficiência operacional. 8. Gestão de suprimentos. I. Título.</p>
-------	--

Eduardo Graziosi Silva - CRB - 8/8907

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidato: Engenheiro **LUIS CARLOS DE MARINO SCHIAVON**.

Título da tese: "Gestão de relacionamento com fornecedores: estudo de múltiplos casos em hospitais universitários".

Data da defesa: 26/10/2018.

Comissão Julgadora:

Resultado:

Prof. Dr. **Marcel Andreotti Musetti**

(Orientador)

(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

APROVADO

Prof. Titular **Luiz Cesar Ribeiro Carpinetti**

(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

APROVADO

Profa. Dra. **Rosane Lucia Chicarelli Alcantara**

(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

APROVADO

Prof. Dr. **Lauro Osiro**

(Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM)

APROVADO

Prof. Dr. **Bento Vidal de Moura Negrini**

(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

Aprovado

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção:

Prof. Associado **Aldo Roberto Ometto**

Presidente da Comissão de Pós-Graduação:

Prof. Associado **Luís Fernando Costa Alberto**

Dedico esta tese a meus pais, Maria Stella e Luiz.

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão desta tese, é essencial efetuar os seguintes agradecimentos:

À Deus, por me conceder saúde e perseverança, para concluir esta tese.

Ao Prof. Marcel, pelo apoio, orientação, amizade e confiança depositada em mim, ao longo dos últimos anos.

À Profa. Rosane e ao Prof. Carpinetti, pela participação e recomendações apresentadas nas bancas de qualificação e defesa. Ao Prof. Bento e ao Prof. Lauro, pela participação e recomendações apresentadas na banca de defesa da tese.

Aos professores do Departamento de Engenharia de Produção da EESC, pelos ensinamentos e atenção que me dispensaram.

Aos funcionários do Departamento de Engenharia de Produção da EESC, em especial à Jessyca e Sueli, sempre atenciosas e muito eficientes.

Aos diretores e gestores dos hospitais universitários públicos e privados, pela generosidade em conceder entrevistas e informações, que viabilizaram a elaboração desta tese.

À minha esposa Denise, pelo amor, amizade e companheirismo.

À minha filha Fernanda, por compreender as limitações do pai-estudante.

A meus pais, pelo esforço e carinho em minha formação.

Às minhas irmãs, sobrinhos, cunhadas e cunhados, sogra e demais familiares e amigos, pelo apoio e incentivo.

RESUMO

SCHIAVON, L. C. M. **Gestão de relacionamento com fornecedores**: estudo de múltiplos casos em hospitais universitários. 2018. 421 f. Tese (Doutorado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2018.

Os gastos com saúde vêm crescendo em ritmo alarmante e os hospitais universitários, as unidades mais complexas dos sistemas de saúde, enfrentam grandes desafios para reduzir custos e melhorar a eficiência operacional. Considerando-se que a gestão de relacionamento com fornecedores tem grande potencial para apoiar melhorias de desempenho no setor hospitalar e, conforme indicações da literatura acadêmica, tem limitada abordagem no setor hospitalar, decidiu-se aprofundar o estudo de gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares. Tendo-se como referência uma revisão sistemática de literatura, desenvolveu-se um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais. O *framework* estabelece aspectos relacionados com apoio da alta administração, estrutura organizacional, infraestrutura de tecnologia de informação e capacitações dos recursos humanos como requisitos que devem ser atendidos para possibilitar a implementação de processos de gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais. Com o auxílio do *framework*, foram realizados estudo de casos em quatro hospitais universitários de grande porte, dois públicos e dois privados. Nos relatórios dos casos são analisados o atendimento aos requisitos mencionados, os processos utilizados nos hospitais universitários e as dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores. Constatou-se que os hospitais universitários privados estão mais evoluídos que os públicos na implantação de gestão de relacionamento com fornecedores. Restrições impostas pela legislação de compras públicas, políticas públicas de gestão de recursos humanos e carência de recursos financeiros para investimentos na infraestrutura de tecnologia de informação impedem que os hospitais universitários públicos consigam melhores resultados com a gestão de relacionamento com fornecedores. Este estudo contribui para preencher uma lacuna referente à abordagem de gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários e disponibiliza informações que podem auxiliar os gestores hospitalares a aprimorar a gestão de relacionamento com fornecedores.

Palavras-chave: Gestão da cadeia de suprimentos. Gestão estratégica de compras. Gestão hospitalar. Gestão de fornecedores. Gestão de compras. *Strategic Sourcing*. Eficiência operacional. Gestão de suprimentos.

ABSTRACT

SCHIAVON, L. C. M. **Supplier relationship management**: multiple case study in university hospitals. 2018. 421 f. Thesis (Doctorate) - School of Engineering of São Carlos, University of São Paulo, São Carlos, 2018.

Health spending has been growing at an alarming rate, and university hospitals, the most complex units of health care systems, face major challenges in reducing costs and improving operational efficiency. Considering that supplier relationship management has great potential to support performance improvements in the hospital sector and, as indicated in the academic literature, has received limited approach in the healthcare sector, it was decided to deepen the study of supplier relationship management in hospitals. Based on a systematic literature review, a specific framework for supplier relationship management in hospitals was developed. The framework establishes aspects related to senior management support, organizational structure, information technology infrastructure and human resource skills as requisites that must be met to enable the implementation of supplier relationship management processes in hospitals. With the help of the framework, a case study was carried out in four large university hospitals, two public and two private hospitals. In the case study reports it was analyzed the attendance to the mentioned requisites, the processes used in university hospitals and the difficulties faced for the supplier relationship management. It was verified that private university hospitals are more developed than the public ones in the implementation of supplier relationship management practices. Constraints imposed by public procurement legislation, public policies for human resources management and lack of financial resources for investments in information technology infrastructure prevent public university hospitals from achieving better results with supplier relationship management. This study contributes to fill a gap regarding supplier relationship management approach in university hospitals and provides information that can help hospital managers to improve supplier relationship management.

Keywords: Supply chain management. Strategic purchasing management. Hospital management. Supplier management. Purchasing management. Strategic Sourcing. Operational efficiency. Supply management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Etapas do desenvolvimento do estudo	39
Figura 2.1 - Crescimento percentual das despesas com saúde em relação ao PIB, no período de 1995 a 2014, nos países que correspondem às vinte maiores economias mundiais.....	46
Figura 2.2 – Representação do <i>framework</i> SCOR.....	61
Figura 2.3 – Representação do <i>framework</i> de gestão da cadeia de suprimentos do GSCF.....	65
Figura 2.4 – Representação do <i>framework</i> de gestão da cadeia de suprimentos de Soni e Kodali (2013).....	67
Figura 2.5 – Representação do <i>framework</i> Services Supply Chain Model	70
Figura 2.6 – Representação do <i>framework</i> IUE-SSCM	72
Figura 2.7 – Representação do modelo do processo de compra.....	79
Figura 2.8 – Representação da matriz do portfólio de compras	88
Figura 2.9 – Classificação de relacionamentos em função do nível de investimentos.....	91
Figura 2.10 – Representação percentual das perspectivas utilizadas nas definições de gestão de relacionamento com fornecedores	104
Figura 2.11 – Representação percentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 1	108
Figura 2.12 – Representação percentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 2	109
Figura 2.13 – Representação percentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 3	111
Figura 2.15 – Representação do <i>framework</i> de Moeller, Fassnacht e Klose (2006) e dos estágios do ciclo de vida dos relacionamentos com fornecedores.....	117
Figura 2.16 – Representação do <i>framework</i> de Mettler e Rohner (2009)	120
Figura 2.17 – Representação do <i>framework</i> de Park, Shin e Chang (2010).....	121
Figura 3.1 – <i>Framework</i> para gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares	173

Figura 3.2 – Sugestão de etapas para implementação dos construtos 1 e 2 do <i>framework</i>	183
Figura 3.3 – Sugestão de etapas para determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores.....	188
Figura 4.1. Representação das etapas de estudo de múltiplos casos.....	201

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Descrição dos processos primários do modelo SCOR	61
Quadro 2.2 – Hierarquia e escopo do <i>framework</i> SCOR	62
Quadro 2.3 – Descrição sucinta dos processos-chave do <i>framework</i> do GSCF.....	66
Quadro 2.4 – Características dos relacionamentos estratégicos conforme Bensaou (1999)	92
Quadro 2.5 – Representação do processo de <i>strategic sourcing</i> de Monczka et al. (2015).....	95
Quadro 2.6 – Princípios a adotar para revisões sistemáticas de literatura.....	97
Quadro 2.5 – Definições para gestão de relacionamento com fornecedores.....	103
Quadro 2.6 – O que é a gestão de relacionamento com fornecedores? – Aspecto 1	108
Quadro 2.7 – Utilização da gestão de relacionamento com fornecedores – Aspecto 2.....	109
Quadro 2.8 – Focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores – Aspecto 3	111
Figura 2.14 – Representação do <i>framework</i> de Cox et al. (2003)	115
Quadro 2.9 – <i>Framework</i> –guia de Grundy (2016) para análise de valor	147
Quadro 2.10 – Processo de análise de valor de Pennington e DeRienzo (2010).....	148
Quadro 3.1 – Resultados de buscas nas bases de dados indicadas	164
Quadro 4.1 – Características principais dos hospitais universitários estudados.....	204
Quadro 4.2 – Atuação em ensino e pesquisa dos hospitais universitários estudados.....	204
Quadro 4.3 – Questões de pesquisa do estudo de casos e indicação de pontos de verificação	205
Quadro 4.4 – Perfil dos entrevistados e tempo de duração das entrevistas	207
Quadro 4.5 – Indicação das fontes adicionais de evidências utilizadas no estudo de casos ..	208
Quadro 4.6 – Organização do relatório do estudo de casos.....	209
Quadro 4.6 – Distribuição de funcionários na diretoria de Suprimentos e Logística do Hospital A.....	213
Quadro 4.7 – Resumo das etapas do processo de evolução na gestão de compras no Hospital A.....	219

Quadro 4.8 – Grupos de atividades de compras do Hospital B – principais processos e foco 249

Quadro 4.9 – Classificação ABC dos materiais comprados no Hospital C 280

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Porcentual das despesas anuais totais com saúde, em relação ao PIB, nos países classificados como as dez maiores economias mundiais em 2015	44
Tabela 2.2 – Porcentual das despesas anuais totais com saúde, em relação ao PIB, nos países classificados entre as posições 11 a 20 das maiores economias mundiais em 2015	45
Tabela 3.1 – Setor de atuação e receita de vendas de empresas que participam ou participaram do GSCF, listadas no <i>ranking</i> Forbes 2017	167
Tabela 3.2 – Classificação das maiores organizações hospitalares com gestão privada em termos de Receita Líquida de Vendas, conforme Edição 2017 do <i>Ranking</i> Valor 1000	168

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFPS	Acordos de fornecimento de produto e serviço
AHP	<i>Analytic hierarchy process</i>
AME	Ambulatório médico de especialidades
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APICS	American Production and Inventory Control Society
APS	<i>Advanced planning and scheduling</i>
BEC	Bolsa Eletrônica de Compras
BPMN	<i>Business process model and notation</i>
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
Capex	<i>Capital expenditures</i>
CAT	Comitê de Avaliação de Tecnologias
CAUFESP	Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado de São Paulo
CD	Centro de distribuição
CEO	<i>Chief of executive officer</i>
CPFR	<i>Collaborative planning, forecasting, and replenishment</i>
CSCMP	Council of Supply Chain Management Professionals
DCB	Denominações comuns brasileiras
ERP	<i>Enterprise resource planning</i>
EVA	Valor econômico adicionado
Fipe	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
GACC	Grupo Avançado de Compra Conjunta
GAFO	Grupo de Avaliação e Qualificação de Fornecedores
GPO	Group Purchasing Organization
GRF	Gestão de relacionamento com fornecedores
GSCF	Global Supply Chain Forum
IUE	Izmir University of Economics
JCI	Joint Commission International
JIT	<i>Just in time</i>
MES	<i>Manufacturing execution system</i>
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde
Opex	<i>Operational expenditures</i>

OPME	Órteses, próteses e materiais especiais
PDCA	Planejar, fazer, verificar e agir
PIB	Produto interno bruto
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RFI	<i>Request for information</i>
RFQ	<i>Request for quotation</i>
SADT	Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico
SCOR	Supply Chain Operations Reference Model
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
Siafisico	Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras
SKU	<i>Stock keeping unit</i>
SSCM	Service Supply Chain Model
SWOT	<i>Strengths, weaknesses, opportunities, threats</i>
TCO	Custo total de propriedade
USP	Universidade de São Paulo
UTIs	Unidades de terapia intensiva
VMI	<i>Vendor managed inventory</i>
WMS	<i>Warehouse management system</i>

SUMÁRIO

1	Introdução.....	27
1.1	Contextualização	27
1.2	Formulação do problema de pesquisa	32
1.3	Objetivos	33
1.4	Método de pesquisa	34
1.5	Justificativas e contribuições deste estudo	36
1.5.1	Preencher lacuna na literatura acadêmica	36
1.5.2	Abordar temas de interesse atual da área de gestão da cadeia de suprimento, no contexto de um país em desenvolvimento	36
1.5.3	Gerar conhecimento para apoiar a melhoria da gestão da cadeia de suprimentos em organizações hospitalares.....	37
1.6	Desenvolvimento e estrutura do estudo.....	37
2	Revisão de literatura.....	41
2.1	Desafios atuais do setor da saúde	43
2.1.1	O crescimento nos dispêndios com saúde.....	44
2.1.2	Barreiras para implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar	49
2.1.3	Compras: área prioritária para implementação de melhorias na gestão da cadeia de suprimentos hospitalar	52
2.2	Gestão da cadeia de suprimentos.....	55
2.2.1	Definições e conceitos relevantes	55
2.2.2	<i>Frameworks</i> para gestão de cadeias de suprimentos	60
2.2.3	Recomendações para construção de <i>frameworks</i> para gestão da cadeia de suprimento	73
2.3	Gestão estratégica de compras.....	77
2.3.1	A evolução da função compras nas organizações.....	77
2.3.2	<i>Compras, procurement, sourcing e strategic sourcing</i>	79
2.3.3	Rede de suprimentos e base de fornecimento	81
2.3.4	Estratégias de compras.....	82
2.3.5	Classificação e segmentação da base de fornecedores	83
2.3.6	Métodos para segmentação de categorias de compra e de fornecedores	84
2.3.7	Métodos para implementação de <i>strategic sourcing</i>	92

2.4	Gestão de relacionamento com fornecedores	97
2.4.1	Revisão sistemática de literatura sobre gestão de relacionamento com fornecedores	97
2.4.2	Definições para gestão de relacionamento com fornecedores.....	99
2.4.3	<i>Frameworks</i> para gestão de relacionamento com fornecedores.....	113
2.4.4	Características específicas que distinguem a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares	133
2.4.5	Aspectos complementares sobre gestão de relacionamento com fornecedores ..	153
3	Desenvolvimento de um <i>framework</i> para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares	163
3.1	Adequação dos <i>frameworks</i> para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na literatura para aplicação em organizações hospitalares	163
3.1.1	Análise da adequação do <i>framework</i> para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF para aplicação em organizações hospitalares	163
3.2	Desenvolvimento de um <i>framework</i> para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares.....	171
3.2.1	Construto 1 – Suporte da alta administração e infraestrutura	172
3.2.2	Construto 2 – Desenvolvimento de capacitações	177
3.2.3	Construto 3 – Processos para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares	184
4	Estudo de múltiplos casos em hospitais universitários	201
4.1	Seleção dos casos.....	202
4.2	Protocolo para coleta de dados	205
4.2.1	Questões de pesquisa do estudo de casos e roteiros para entrevista	205
4.3	Condução do estudo de casos	206
4.3.1	Realização de entrevistas	206
4.3.2	Fontes adicionais de evidências para o estudo de casos.....	208
4.4	Relatório dos casos	209
4.4.1	Estudo de caso A – Hospital de ensino universitário administrado por instituição filantrópica sem fins lucrativos (Hospital A)	211
4.4.2	Estudo de caso B – Hospital de ensino universitário administrado por instituição filantrópica sem fins lucrativos (Hospital B)	239
4.4.3	Estudo de caso C – Hospital de ensino universitário administrado por autarquia pública estadual (Hospital C)	265

4.4.4	Estudo de caso D – Hospital de ensino universitário administrado por autarquia pública estadual (Hospital D)	307
5	Análise dos casos e conclusão	341
5.1	Análise dos casos A, B, C e D.....	343
5.1.1	Análise em relação ao Construto 1 – Suporte da alta administração e infraestrutura 343	
5.1.2	Análise em relação ao Construto 2 – Desenvolvimento de capacitações	346
5.1.3	Análise em relação ao Construto 3 – Processos para gestão de relacionamento com fornecedores	350
5.1.4	Principais estratégias adotadas para gestão de relacionamentos com fornecedores 360	
5.1.5	Outros processos e práticas utilizados para gestão de relacionamentos com fornecedores, específicos de cada organização hospitalar;.....	364
5.1.6	Dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores....	365
5.2	Conclusão	369

1 Introdução

Neste capítulo introdutório aborda-se o contexto em que se insere o tema deste estudo, formulam-se as questões de pesquisa, declaram-se os objetivos e apresentam-se as contribuições, as justificativas, as etapas e a estrutura deste estudo.

1.1 Contextualização

Ao longo das quatro últimas décadas, a globalização da economia e a evolução tecnológica geraram aumento na competição e maior complexidade no ambiente de negócios, levando as empresas a estabelecerem foco em suas atividades principais e a terceirizarem atividades não fundamentais. O crescimento do *outsourcing* resultou no aumento do dispêndio com itens comprados e o desempenho dos fornecedores passou a exercer grande influência no desempenho global das organizações (MONCZKA et al., 2015; VAN WEELE; VAN RAAIJ, 2014; VAN WEELE, 2014; SPINA et al., 2013).

Concomitantemente, a alta administração das organizações conscientizou-se de que a função compras pode desempenhar importante papel estratégico, com o desenvolvimento de relações próximas e de longo prazo com um número limitado de fornecedores, que podem tornar-se fonte para a geração de vantagens competitivas sustentáveis (TCHOKOGUÉ; NOLLET; ROBINEAU, 2017; KETCHEN; CROOK; CRAIGHEAD, 2014; BERNARDES, 2010; CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004). As relações estratégicas de longo prazo com fornecedores-chave podem ter impacto positivo no desempenho financeiro e melhorar o desempenho operacional da organização compradora (HARTMANN; KERKFELD; HENKE, 2012; CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004; CARR; PEARSON, 1999).

Nesse ambiente de negócios complexo e interconectado, o conceito de gestão da cadeia de suprimentos disseminou-se e passou a ser adotado pelas organizações. A crescente utilização de práticas no meio empresarial e enfoque no meio acadêmico, contribuíram para a evolução e amadurecimento dos conceitos de gestão da cadeia de suprimentos (ZSIDISIN; ANCARANI, 2016; HELMUTH et al., 2015; MALONI et al., 2015; ELLRAM; COOPER, 2014). O gerenciamento da cadeia de suprimentos integra a gestão da oferta e da demanda dentro e entre empresas, envolvendo o planejamento e a gestão de todas as atividades relacionadas com funções de compra, conversão e logística, assim como a coordenação e colaboração com fornecedores, clientes e demais membros da cadeia de suprimentos (COUNCIL OF SUPPLY CHAIN MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2017). A maioria dos executivos e acadêmicos veem a gestão da cadeia de suprimentos como um sistema composto por diversos processos

inter-relacionados (ZACHARIA; SANDERS; FUGATE, 2014) e a maior parte dos autores define gestão da cadeia de suprimentos como a gestão de relacionamentos numa rede de organizações (STOCK; BOYER; HARMON, 2010; STOCK; BOYER, 2009). A cadeia de suprimentos tem evoluído para um foco de relacionamento, em que os fornecedores tornam-se coprodutores de valor (GONZALEZ-LOUREIRO; DABIC; KIESSLING, 2015) e a gestão de relacionamento com fornecedores é concebida como um processo-chave para a gestão da cadeia de suprimentos e para a obtenção de sucesso no meio empresarial (LAMBERT 2014; LAMBERT; SCHWIETERMAN; 2012).

A partir do início dos anos 2000, com a gestão integrada da cadeia de suprimentos, iniciou-se uma nova era para a função compras nas organizações, caracterizada pela crescente ênfase na relevância dos fornecedores e pela adoção de novas práticas de gestão, incluindo a gestão de relacionamento com fornecedores, considerada atualmente como uma nova forma de geração de valor na cadeia de suprimentos (MONCZKA et al., 2015).

Resultados expressivos são obtidos por gerenciar melhor as relações com fornecedores-chave (LAMBERT; SCHWIETERMAN; 2012). Tornou-se amplamente reconhecido que as melhorias no desempenho das organizações, tanto financeiras como não financeiras, que resultam de relações efetivas com fornecedores são significativas e indiscutíveis (TERPEND et al., 2008; GIANNAKIS et al., 2012). Como os fornecedores desempenham um papel cada vez mais crucial, contribuindo para a competitividade da empresa compradora, a relação entre comprador e fornecedor assume vital importância (MORTENSEN; ARLBJORN, 2012). De modo crescente, as relações estratégicas com fornecedores vêm sendo consideradas como um fator essencial para a geração de vantagem competitiva sustentável (RODEN; LAWSON, 2014). Os fornecedores-chave são vistos como ativos estratégicos das organizações compradoras e o relacionamento com estes fornecedores necessita ser cuidadosamente gerido, para que seja aproveitado todo o potencial de geração de valor destes relacionamentos (IVENS; VAN DE VIJVER; VOS, 2013).

Deste modo, a gestão de relacionamento com fornecedores tornou-se um tema prioritário para as organizações, que passaram a implantar iniciativas e processos para gerir as relações com seus fornecedores, muitas vezes apoiadas por consultorias de gestão, que vem desenvolvendo abordagens específicas para este tema (DELOITTE CONSULTING, 2015; SCHUH et al., 2014; PWC, 2013; ALLEIJN et al., 2013; SCHUH et al., 2011) e por instituições que congregam profissionais que atuam em gestão de compras e suprimentos (CAPS RESEARCH, 2015; CIPS - CHARTERED INSTITUTE OF PROCUREMENT & SUPPLY, 2013). Verifica-se, também, crescente interesse pela gestão de relacionamento com

fornecedores na comunidade acadêmica, evidenciado pelo crescimento do enfoque em periódicos da área de gestão da cadeia de suprimentos e disciplinas correlatas. Conforme indicado nas bases de dados Scopus e Web of Science, a abordagem de gestão de relacionamento com fornecedores iniciou-se em meados de 2001 e nos dias atuais, já existem mais de uma centena de publicações relacionadas ao tema.

Os relacionamentos com fornecedores atraíram uma atenção considerável ao longo dos últimos anos. Os pesquisadores têm abordado a análise de interações dentro das organizações e entre organizações seguindo diversas perspectivas e utilizando diferentes unidades de análise. Como resultado, a literatura relativa a relações com fornecedores é extensa. Estudos com foco em fenômenos de relacionamento com fornecedores podem ser encontrados em disciplinas nas áreas de gestão, economia institucional, ciência política, sociologia e psicologia (GIANNAKIS; DORA; CHEN, 2012; GIANNAKIS; CROOM, 2004).

No entanto, o enfoque na literatura acadêmica sobre gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares é escasso. Buscas nas bases de dados anteriormente mencionadas indicam a existência de apenas dois estudos, Mettler e Rohner (2009) e Mettler (2011), com este foco. Considerando-se a relevância do setor da saúde e o potencial de melhorias e de agregação de valor que podem ser obtidos com a utilização da gestão de relacionamento com fornecedores, a carência de estudos com enfoque em gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares constitui-se em uma lacuna.

O setor da saúde ocupa atualmente um espaço muito importante na sociedade, tanto em termos econômicos, quanto sociais (BARROS, 2013). Os hospitais são o centro do sistema de saúde no Brasil e são essenciais para a saúde da população (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). O setor da saúde em geral e os hospitais, em particular, enfrentam grandes desafios devido aos crescentes custos com cuidados de saúde (VOLLAND et al., 2017).

Os gastos com saúde no Brasil cresceram 11% no período 2006-2014, corresponderam a 9,5% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2014 e caso as condições atuais continuem inalteradas, estima-se que atinjam a faixa de 20 a 25% do PIB em 2030, situação insustentável para todos os agentes financiadores (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017a). No Brasil, os hospitais consomem a maior parcela do orçamento governamental com saúde, absorvendo aproximadamente setenta por cento dos gastos do Sistema Único de Saúde (VECINA NETO; MALIK, 2007; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os dispêndios com suprimentos hospitalares têm crescido em um ritmo alarmante e representam o segundo maior custo para os hospitais, inferior apenas aos custos com mão de obra (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011; O'CONNOR; SCHNELLER, 2011). Com

o avanço da tecnologia, os gastos com suprimentos podem ultrapassar os gastos com mão de obra (O'CONNOR; SCHNELLER, 2011), havendo expectativa de que isto ocorra no curto prazo (MATERIAL HANDLING & LOGISTICS, 2015).

Um significativo direcionador de custos é a enorme complexidade da cadeia de suprimentos dos hospitais (NACHTMANN; POHL, 2009) e a adoção das melhores práticas de gestão da cadeia de suprimentos em hospitais podem resultar em expressivas reduções de custos (ROBINSON; BROWN, 2014; DE VRIES; HUIJSMAN, 2011; DE VRIES, 2011). Ocorre que a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar, apesar de apresentar maior complexidade do que as cadeias típicas da área industrial (CHEN; PRESTON; CHIA, 2013), não apresentou o mesmo desenvolvimento e sua implementação encontra-se bastante atrasada em relações aos setores da indústria e de varejo (BURT, 2006; VOLLAND et al., 2017). Constata-se que uma das principais barreiras à implementação é a carência de conhecimentos e habilidades sobre práticas de gestão da cadeia de suprimentos nos níveis executivo, gerencial e operacional nas organizações hospitalares (BEGO, 2016; MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

Existem muitas ineficiências nos processos de compras de suprimentos hospitalares e a otimização destes processos tem potencial para obter reduções de custos significativas, além de colaborar para melhorar o atendimento ao paciente (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011).

Definidos como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde (BRASIL, 2017), os hospitais de ensino universitários caracterizam-se como centros de atenção médica de alta complexidade, com relevante atuação assistencial no nível terciário de atendimento médico, grande envolvimento nas atividades de ensino e pesquisa nas áreas médicas e por atrair alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros na área da saúde (MEDICI, 2001), exercendo papel estratégico no Sistema Único de Saúde brasileiro (CARETA, 2013).

Os hospitais universitários correspondem aos recursos de saúde mais complexos do Sistema Único de Saúde, realizam os procedimentos mais custosos ao sistema e possuem responsabilidades que abrangem determinar a forma de incorporação de novas tecnologias médicas no país, sendo imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde da população. O Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo possui a maior rede de serviços de alta complexidade do Brasil, e os hospitais universitários públicos estaduais paulistas incluem as mais complexas unidades de saúde dentre todos os hospitais de ensino, referências para o estado e para o país (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

As características específicas dos hospitais universitários públicos, que incluem a assistência médica de pacientes de alta complexidade, atividades de ensino e pesquisa e desenvolvimento de tecnologias médicas de ponta, requerem a alocação de vultoso volume de recursos públicos e tornam a gestão de custos uma questão essencial. Além disto, o modelo de gestão adotado pelos hospitais universitários públicos deve ser de excelência e servir de exemplo para as demais unidades e aos profissionais da área de saúde, especialmente pelo seu caráter de ensino (DALLORA; FORSTER, 2008).

O aperfeiçoamento da gestão dos hospitais universitários públicos deve ser um objetivo incorporado por todos, para o benefício da saúde da população (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010). Neste sentido, publicações recentes de periódicos com enfoque em gestão da cadeia de suprimentos indicam que a área acadêmica pode efetuar importantes contribuições para melhorias de gestão no setor hospitalar em geral, e, de modo particular, na gestão de compras de hospitais públicos. Foram identificadas as seguintes recomendações para desenvolvimento de pesquisa:

- Como o setor hospitalar está defasado na implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos, pesquisas futuras poderiam utilizar como exemplo os setores mais evoluídos em gestão da cadeia de suprimentos e transferir os conceitos estabelecidos para o setor hospitalar, tomando especial atenção às características específicas das organizações hospitalares (VOLLAND et al., 2017);
- Avaliar, de forma específica, por que a área hospitalar ainda não atingiu o mesmo nível de profissionalização na gestão da cadeia de suprimentos alcançada por outros setores e identificar e avaliar quais são as barreiras potenciais para implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos nos hospitais (VOLLAND et al., 2017);
- As compras do setor público têm sido insuficientemente estudadas, em relação ao setor privado e as lições do setor privado podem ser aplicadas para melhorar o desempenho das compras públicas (MOGRE; LINDGREEN; HINGLEY, 2017);
- O desenvolvimento das competências dos profissionais envolvidos nas compras do setor público pode se beneficiar de informações obtidas do setor privado. Pesquisas deveriam investigar a relação entre o comportamento dos profissionais envolvidos e o desempenho das compras públicas. Em particular, os estudos poderiam se concentrar em como delegar autoridade, como incentivar o pessoal e como organizar as funções de compra do setor público (MOGRE; LINDGREEN; HINGLEY, 2017).

Desta forma, estando caracterizadas: a relevância da gestão de relacionamento com fornecedores e a lacuna de enfoque deste tema no setor hospitalar; as recomendações de desenvolvimento de pesquisas visando melhorar a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar e, de modo específico, da área de compras de hospitais públicos; a necessidade de implementar melhorias de gestão em organizações hospitalares, particularmente nos hospitais universitários públicos, que se constituem nas instituições de maior complexidade dentre as organizações hospitalares; entende-se como pertinente e oportuno realizar estudos sobre gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados. Assim, são estabelecidos a seguir as questões de pesquisa e objetivos deste estudo.

1.2 Formulação do problema de pesquisa

Com a realização deste estudo, busca-se responder a duas questões principais de pesquisa:

Questão de pesquisa I

- **Questão de pesquisa I: Como gerenciar os relacionamentos com fornecedores para melhorar a eficiência das operações das organizações hospitalares?**

Considera-se que no contexto atual vivido nas instituições hospitalares, “melhorar a eficiência das operações das organizações hospitalares” pode ser entendida como “obter redução de custos e melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde ao paciente”.

Para auxiliar no desenvolvimento do estudo, são estabelecidas as seguintes subquestões de pesquisa, derivadas da questão de pesquisa I:

- Subquestão de pesquisa I.1: Como a gestão de relacionamento com fornecedores é definida na literatura acadêmica?
- Subquestão de pesquisa I.2: Quais são os *frameworks* propostos na literatura acadêmica para gestão de relacionamento com fornecedores?
- Subquestão de pesquisa I.3: Quais características específicas diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações do setor hospitalar relativamente às organizações de outros setores da economia?
- Subquestão de pesquisa I.4: Os *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na literatura adequam-se para aplicação em organizações hospitalares?

Questão de pesquisa II

- **Questão de pesquisa II: Como é realizada a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados?**

A questão de pesquisa II releva o interesse em verificar e analisar as práticas de gestão de relacionamento com fornecedores utilizadas em hospitais universitários públicos e privados. Adicionalmente, possibilita endereçar a preocupação de que a legislação de compras públicas possa instituir barreiras para a adoção em hospitais públicos de práticas de gestão de relacionamento com fornecedores similares às utilizadas em hospitais privados.

1.3 Objetivos

Para responder as questões de pesquisa I e II são estabelecidos os seguintes objetivos para este estudo:

Objetivo I, relacionado à questão de pesquisa I

- **Objetivo I: Desenvolver um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares.**

Considerando-se que as respostas às subquestões de pesquisa I.1, I.2, I.3 e I.4 auxiliam a responder à questão principal, são estabelecidos os seguintes objetivos auxiliares, a serem atingidos como passos preliminares para alcançar o objetivo I:

- Objetivo auxiliar I.1: Identificar e analisar definições para gestão de relacionamento com fornecedores;
- Objetivo auxiliar I.2: Identificar e analisar *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores;
- Objetivo auxiliar I.3: Apontar características específicas que diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações do setor hospitalar;
- Objetivo auxiliar I.4: Justificar a necessidade de desenvolver um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares.

Objetivo II, relacionado à questão de pesquisa II

- **Objetivo II: Identificar e analisar as práticas utilizadas e as dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados.**

Para atingir o objetivo II, tem-se como estratégia utilizar como referência o *framework* desenvolvido para alcançar o objetivo I.

O objetivo de pesquisa II possibilita a análise comparativa da implementação de gestão de relacionamento com fornecedores em instituições públicas e privadas, com a indicação de possíveis barreiras decorrentes da legislação de compras públicas à melhoria de eficiência em hospitais universitários públicos.

1.4 Método de pesquisa

Os métodos de pesquisa utilizados em engenharia de produção e gestão de operações podem ser classificados em sete categorias: abordagem teórico-conceitual, estudo de caso, modelagem, simulação, estudo de campo, experimento e levantamento tipo “*survey*” (NAKANO, 2012; BERTO; NAKANO, 1999; FILIPPINI, 1997).

A abordagem teórico-conceitual caracteriza-se como resultado de reflexões a partir de um fenômeno observado ou relatado pela literatura (revisão bibliográfica) e pela compilação de ideias e opiniões de diferentes autores e desenvolvimento de modelos conceituais, baseados na percepção e na experiência do autor (BERTO; NAKANO, 1999; NAKANO, 2012).

O desenvolvimento teórico-conceitual, por meio da realização de revisão de literatura e das reflexões e análises decorrentes, é o método de pesquisa adotado para abordar a questão de pesquisa I e elaborar o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, referente ao objetivo de pesquisa I.

Para a abordagem da questão de pesquisa II é utilizado o método de estudo de caso, que é uma investigação empírica que analisa com profundidade um ou mais objetos (casos), com o uso de múltiplos instrumentos para coleta de dados, que é realizada por um observador direto em um cenário real que considera aspectos temporais e contextuais do fenômeno contemporâneo em estudo, sem controles experimentais ou manipulações (BARRAT; CHOI; LI, 2011; MEREDITH, 1998). O desenvolvimento prévio de proposições teóricas auxilia a coleta e a análise de dados (YIN, 2015).

A utilização de estudo de caso permite que questões de pesquisa do tipo “como” e “por que” possam ser respondidas, com o entendimento da natureza e da complexidade do fenômeno. Pode-se gerar teoria, a partir da compreensão adquirida por meio da observação prática (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002; MEREDITH, 1998; BENBASAT; GOLDSTEIN; MEAD, 1987; YIN, 2015).

Um estudo de caso pode ser utilizado para diferentes tipos de propósitos de pesquisa, tais como: exploração (para o desenvolvimento de ideias e questões para investigação, nos

estágios iniciais de uma pesquisa), construção de teoria, teste de teoria e extensão e refinamento de teoria (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002).

Benbasat, Goldstein e Mead (1987) indicam que o estudo de caso é particularmente apropriado para problemas em que: (1) a pesquisa e a teoria estão em seus estágios formativos iniciais; (2) para problemas baseados em práticas onde as experiências dos atores são importantes e o contexto de ação é crítico; e (3) para pesquisas em áreas em que poucos estudos prévios tenham sido realizados. Embora a pesquisa em gestão de relacionamento com fornecedores em organizações industriais esteja evoluída, sua abordagem em instituições hospitalares é escassa e as características específicas das operações hospitalares tornam a experiência dos gestores de compras e o contexto de suas ações muito relevantes, contribuindo para justificar a escolha de estudo de caso como método de pesquisa.

A recomendação da adoção de estudo de caso como método de pesquisa para analisar as compras de instituições públicas é enfatizada por Mogre, Lindegren e Hingley (2017), após constatarem que o conhecimento sobre gestão de compras no setor público é ainda limitado.

Como a gestão de operações tem muitas áreas de pesquisa emergentes, o método de estudo de caso tem sido utilizado de modo crescente pelos pesquisadores para construir e estender teorias, bem como para explorar e melhor entender fenômenos e problemas contemporâneos em seus ambientes do mundo real. Deste modo, o método de estudo de caso tem trazido significativas contribuições à área de gestão de operações, principalmente na construção de novas teorias (BARRAT; CHOI; MI, 2011).

Dados apresentados por Soni e Kodali (2013) indicam que aproximadamente 80% dos *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos validados foram testados por meio da utilização de estudo de casos.

Um número considerável de artigos baseados em estudo de casos foi publicado na literatura de gestão da cadeia de suprimentos. A flexibilidade oferecida pelo método de estudo de caso permite acessar as cadeias de suprimentos em vários estágios, com múltiplas técnicas de coleta de dados, oferecendo diversas vantagens em relação a outros métodos de pesquisa. No entanto, é essencial que todas as etapas do estudo de caso sejam executadas com absoluto rigor (SEURING, 2008).

O rigor requerido para a realização de estudo de casos em gestão de operações é enfatizado por diversos autores, incluindo Yin (2015), Ketokivi e Choi (2014), Barrat, Choi e Mi (2011), Miguel (2007), Stuart et al. (2002), Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) e Meredith (1998). Deste modo, a condução do estudo de múltiplos casos é realizada conforme as fases recomendadas por Yin (2015).

Foram realizados estudo de casos em organizações hospitalares geridas pela iniciativa privada e pela administração pública. Yin (2015) indica que o desenvolvimento prévio de proposições teóricas beneficia a coleta e análise de dados do estudo de caso. Assim, o *framework* desenvolvido é utilizado como a estrutura teórico-conceitual para realização da coleta e análise de dados nas organizações hospitalares focadas no estudo de casos.

Os procedimentos utilizados para planejar e executar a revisão de literatura e o estudo de casos serão apresentados nos capítulos correspondentes a estes métodos de pesquisa. As etapas adotadas para a realização da revisão de literatura são sintetizadas no item 1.6.

1.5 Justificativas e contribuições deste estudo

Com importância fundamental na sociedade contemporânea, os hospitais enfrentam atualmente grandes desafios devido ao crescente aumento de custos e à necessidade de melhoria no desempenho operacional. Apresentando maior complexidade e nível de desenvolvimento inferior a outros setores da economia, a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar tem grande potencial para implementação de melhorias, especialmente em um de seus macroprocessos mais relevantes, que é a gestão de relacionamento com fornecedores. Portanto, justifica-se realizar estudos sobre a gestão de relacionamento com fornecedores, com os objetivos aqui propostos. Com a realização deste estudo, busca-se contribuir para:

1.5.1 Preencher lacuna na literatura acadêmica

Conforme anteriormente evidenciado, há carência de trabalhos sobre gestão de relacionamentos com fornecedores no setor hospitalar e não foram identificados, nas principais bases de dados que indexam estudos de gestão da cadeia de suprimentos, trabalhos que analisem com profundidade a implementação de gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares. Assim, a realização de um estudo com os objetivos aqui propostos caracteriza-se como inédita e preenche uma lacuna atualmente existente na literatura acadêmica de gestão da cadeia de suprimentos.

1.5.2 Abordar temas de interesse atual da área de gestão da cadeia de suprimento, no contexto de um país em desenvolvimento

Este estudo aborda temas de interesse contemporâneo da área de gestão da cadeia de suprimentos, atendendo às seguintes recomendações de pesquisas recentemente publicadas:

- Identificar e avaliar barreiras à implementação de gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar (VOLLAND et al., 2017);

- Utilizar lições do setor privado para melhorar o desempenho das compras públicas (MOGRE; LINDGREEN; HINGLEY, 2017);
- Estudar o comportamento dos profissionais envolvidos com as compras públicas (MOGRE; LINDGREEN; HINGLEY, 2017);
- Estudar a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar, no contexto de um país em desenvolvimento (VOLLAND et al., 2017).

A revisão de literatura efetuada por Volland et al. (2017) identificou nas bases Google Scholar e Science Direct o total de 145 trabalhos relacionados com gestão de materiais no setor hospitalar. A maioria destes trabalhos aborda instituições da América do Norte e Europa, sendo que apenas um trabalho foca instituição da América do Sul, indicando a necessidade de estudar organizações hospitalares nesta região, atendida pelo presente estudo.

1.5.3 Gerar conhecimento para apoiar a melhoria da gestão da cadeia de suprimentos em organizações hospitalares

O conjunto de informações consolidadas neste estudo, composto pelo *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais, pelo relato de práticas utilizadas para gestão de relacionamento com fornecedores nas organizações hospitalares estudadas, pela indicação de dificuldades enfrentadas pelos hospitais para gerir relações com fornecedores e pelas análises realizadas, pode ser utilizado como referência pelos gestores de instituições hospitalares públicas e privadas para implementar melhorias nos processos de gestão de relacionamento com fornecedores existentes em suas organizações, contribuindo para aumentar a eficiência na gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar, com consequente melhoria de eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

Pesquisadores vinculados a universidades ajudam a esclarecer como as melhores práticas em gestão de cadeia de suprimentos podem aprimorar o desempenho de organizações hospitalares (O'CONNOR; SCHNELLER, 2011).

1.6 Desenvolvimento e estrutura do estudo

O desenvolvimento do estudo é realizado em quatro etapas: revisão de literatura, desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, realização de estudo de casos em hospitais universitários públicos e privados e análise dos casos e conclusão do estudo. A seguir, descreve-se sucintamente as etapas mencionadas.

A revisão de literatura tem como principal objetivo estabelecer a fundamentação teórico-conceitual para desenvolvimento das fases posteriores do estudo e é efetuada conforme os seguintes passos:

- Inicialmente, discutem-se os desafios atuais enfrentados pelo setor da saúde e como a implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos, especialmente da gestão de relacionamento com fornecedores, pode contribuir para a obtenção de melhorias de desempenho nas organizações hospitalares;
- Enfoque de definições e *frameworks* para gestão da cadeia de suprimentos, que indicam que a gestão de relacionamento com fornecedores vem sendo crescentemente reconhecida como um dos mais relevantes processos que devem ser implementados para gerenciar as cadeias de suprimentos;
- Visão atual da função compras nas organizações e da gestão estratégica de compras, incluindo conceitos de *strategic sourcing* e métodos para segmentação de categorias de compras e fornecedores, visando estabelecer uma fundamentação conceitual para a compreensão de abordagens para gestão de relacionamento com fornecedores;
- Revisão sistemática de literatura para identificação e análise de definições e *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores, propostos em trabalhos indexados nas bases de dados Web of Science, Scopus e Scielo;
- Identificação de características específicas que diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações do setor hospitalar, em comparação às organizações de outros setores da economia, com realização de revisão sistemática de literatura sobre decisão de compra em hospitais.

A segunda etapa, desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, se inicia com a análise da adequação dos *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na revisão sistemática de literatura para aplicação em organizações hospitalares. Conclui-se que os *frameworks* não são adequados e, com base nas informações obtidas na revisão bibliográfica, desenvolve-se um *framework* específico para uso no setor hospitalar.

A terceira etapa, realização de estudo de casos em organizações hospitalares, inicia-se com a discussão dos critérios utilizados para a seleção dos casos. Em seguida, aborda-se o protocolo adotado para a realização do estudo de casos, no qual o *framework* desenvolvido é utilizado como estrutura teórico-conceitual para a coleta de dados nas quatro organizações

hospitalares estudadas. Na sequência, apresenta-se o relatório dos casos, com uma síntese dos resultados obtidos nas instituições hospitalares estudadas.

Na quarta etapa, ocorre a análise dos dados obtidos nos casos e apresentam-se as conclusões do estudo.

As etapas de desenvolvimento do estudo estão representadas na Figura 1.1.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 1.1 – Etapas do desenvolvimento do estudo

Com relação à estrutura do estudo, neste capítulo introdutório foi discutido o contexto em que este estudo está inserido, foram formuladas as questões de pesquisa e foram declarados os objetivos, apresentados o método de pesquisa, as justificativas, as contribuições e as etapas de realização do estudo. O Capítulo 2 refere-se à revisão de literatura, constituída pelos passos descritos anteriormente. No Capítulo 3 efetua-se o desenvolvimento do *framework* para gerenciar as relações com fornecedores, cuja aplicação prática é realizada no Capítulo 4 com o planejamento e relato do estudo de casos. A análise dos casos e conclusões são apresentadas no Capítulo 5.

2 Revisão de literatura

Contendo uma síntese dos estudos realizados, apresenta-se a revisão de literatura dividida em quatro partes:

Parte A – Desafios atuais do setor da saúde

Estudos efetuados indicam que reduzir custos é um dos principais desafios atuais enfrentados pelo setor de saúde. Argumenta-se que a implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos, com destaque para a implantação da gestão de relacionamento com fornecedores, tem grande potencial para apoiar na redução de custos e na melhoria de desempenho das organizações hospitalares.

Parte B – Gestão da cadeia de suprimentos

Por meio da análise de definições e *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos, mostra-se que, cada vez mais, a gestão de relacionamento com fornecedores é apontada como um dos principais processos que devem ser implantados para melhorar a eficiência das operações das organizações envolvidas nas complexas cadeias de suprimento existentes atualmente no setor de saúde.

Parte C – Gestão estratégica de compras

Abordam-se os conceitos contemporâneos relacionados com a gestão estratégica de compras nas organizações, estabelecendo a fundamentação conceitual para a compreensão de diversos subprocessos utilizados para a gestão de relacionamento com fornecedores. Aponta-se, também, o papel-chave que deve ser desempenhado pelos gestores de compras na implementação da gestão de relacionamento com fornecedores nas organizações.

Parte D – Gestão de relacionamento com fornecedores

Efetua-se a análise de definições e *frameworks* propostos para gestão de relacionamento com fornecedores, identificados em uma revisão sistemática de literatura. Em seguida, discutem-se aspectos que diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, em relação às organizações de outros setores da economia.

Revisão de literatura – Parte A

2.1 Desafios atuais do setor da saúde

O setor da saúde ocupa atualmente um espaço muito importante na sociedade, tanto em termos econômicos, quanto sociais (BARROS, 2013). Conforme será discutido neste tópico, a sociedade brasileira tem uma inquietação crônica com a saúde, os gastos públicos e privados com a área da saúde vêm crescendo de modo substancial ao longo dos últimos anos e existem inúmeras dificuldades à implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos em organizações de serviços de saúde, que tem grande potencial para reduzir custos e melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde. Inicia-se abordando a preocupação da população brasileira com questões de saúde.

Pesquisa de opinião realizada em fevereiro de 2014 pelo Instituto Vox Populi indicou a saúde como o principal problema do Brasil. Foram entrevistadas 2.201 pessoas em 161 municípios de todas as regiões brasileiras, das quais 41% apontaram que a situação dos hospitais e dos postos de saúde é motivo de preocupação (CARTA CAPITAL, 2014).

Em agosto de 2016, uma pesquisa de opinião realizada pelo instituto Ibope Inteligência indicou que a saúde é a maior preocupação da população de dezenove capitais brasileiras. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, 54% dos entrevistados consideraram a saúde como a área mais problemática. Em todas as capitais pesquisadas, a preocupação com a saúde superou outros temas críticos para os brasileiros, como segurança, corrupção, desemprego, educação e transporte. A saúde é uma preocupação crônica da população brasileira, sempre presente entre as três principais inquietações, desde que o Ibope começou a monitorar os problemas das cidades brasileiras em 1989 (GRANDELLE, 2016).

Em dezembro de 2016, o Datafolha Instituto de Pesquisa entrevistou 2.828 pessoas em 174 municípios e a maioria dos entrevistados considerou que a saúde é o principal problema do país. Conforme a pesquisa do Datafolha, 33% dos entrevistados indicaram a assistência médica como a maior falha do Brasil (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

Pesquisa de opinião realizada em dezembro de 2016, com 2.002 entrevistados residentes em 141 municípios brasileiros, apontou que melhorar os serviços de saúde é considerada como a principal prioridade pelos brasileiros, pelo quarto ano consecutivo (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2017). A melhoria dos serviços de saúde já havia sido apontada como a principal prioridade da população brasileira para ações pelo governo em pesquisas realizadas em 2014 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2014), 2015

(CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2015) e 2016 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2016).

O crescimento nos custos é uma das principais dificuldades enfrentadas na gestão dos sistemas de saúde, conforme discute-se a seguir.

2.1.1 O crescimento nos dispêndios com saúde

Dados do World Bank indicam que os gastos com saúde vêm crescendo ao longo dos últimos anos, na maioria dos países do mundo. As Tabelas 2.1 e 2.2, construídas a partir de dados obtidos em The World Bank (2017b), mostram a evolução das despesas anuais totais com saúde, calculadas como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), no período de 1995 a 2014, nos vinte países classificados por The World Bank (2017a) como as principais economias mundiais, ranqueados em ordem decrescente conforme valor total do PIB correspondente ao ano de 2015.

Tabela 2.1 – Porcentual das despesas anuais totais com saúde, em relação ao PIB, nos países classificados como as dez maiores economias mundiais em 2015

Ranking PIB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
País	Estados Unidos	China	Japão	Alemanha	Reino Unido	França	Índia	Itália	Brasil	Canadá
1995	13,09	3,53	6,62	9,43	6,69	10,11	4,02	7,10	6,51	8,86
1996	13,04	3,79	6,49	9,91	6,72	10,11	3,90	7,19	6,71	8,64
1997	12,96	4,02	6,73	10,03	6,49	9,98	4,25	7,47	6,69	8,60
1998	12,99	4,33	7,01	10,05	6,56	9,86	4,30	7,55	6,56	8,83
1999	12,99	4,49	7,34	10,05	6,83	9,86	4,03	7,63	6,91	8,73
2000	13,07	4,60	7,53	10,10	6,94	9,77	4,26	7,91	7,03	8,67
2001	13,73	4,56	7,75	10,15	7,31	9,89	4,50	8,11	7,19	9,10
2002	14,55	4,79	7,85	10,40	7,57	10,22	4,40	8,23	7,13	9,37
2003	15,06	4,82	8,00	10,62	7,81	10,43	4,30	8,17	6,94	9,54
2004	15,14	4,72	8,03	10,37	7,98	10,53	4,22	8,49	7,07	9,56
2005	15,15	4,66	8,18	10,52	8,24	10,60	4,28	8,71	8,27	9,57
2006	15,27	4,52	8,19	10,34	8,36	10,53	4,25	8,82	8,36	9,75
2007	15,57	4,32	8,25	10,18	8,42	10,45	4,23	8,48	8,28	9,83
2008	16,02	4,59	8,60	10,39	8,85	10,57	4,34	8,89	8,24	10,03
2009	17,00	5,08	9,51	11,40	9,81	11,28	4,38	9,41	8,65	11,17
2010	17,02	4,89	9,58	11,25	9,51	11,20	4,28	9,42	8,27	11,20
2011	17,06	5,03	10,07	10,93	9,34	11,33	4,33	9,27	8,09	10,82
2012	17,02	5,26	10,17	10,99	9,41	11,44	4,39	9,28	8,26	10,78
2013	16,90	5,39	10,25	11,16	9,34	11,56	4,53	9,22	8,48	10,67
2014	17,14	5,55	10,23	11,30	9,12	11,54	4,69	9,25	8,32	10,45

Fontes: The World Bank ((2017a, 2017b)

Tabela 2.2 – Porcentual das despesas anuais totais com saúde, em relação ao PIB, nos países classificados entre as posições 11 a 20 das maiores economias mundiais em 2015

Ranking PIB	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
País	República da Coreia	Federação Russa	Austrália	Espanha	México	Indonésia	Holanda	Turquia	Suiça	Arábia Saudita
1995	3,67	5,36	7,26	7,44	5,06	1,96	7,44	2,51	9,33	2,93
1996	3,88	5,55	7,44	7,46	4,59	1,99	7,48	2,90	9,72	2,93
1997	3,87	7,10	7,50	7,33	4,72	1,93	7,48	3,13	9,67	3,03
1998	3,97	6,62	7,66	7,32	4,80	2,06	7,56	3,59	9,85	3,31
1999	4,20	5,80	7,79	7,32	5,01	2,22	7,53	4,77	10,00	4,10
2000	4,23	5,42	8,08	7,21	4,98	1,98	7,42	4,95	9,91	4,24
2001	4,76	5,67	8,18	7,24	5,35	2,23	7,79	5,16	10,28	4,49
2002	4,61	5,99	8,39	7,25	5,52	2,27	8,34	5,36	10,61	4,28
2003	4,93	5,61	8,32	7,99	6,02	2,53	8,46	5,34	10,93	4,02
2004	4,96	5,19	8,57	8,05	6,11	2,37	8,52	5,37	10,96	3,58
2005	5,33	5,21	8,45	8,12	6,04	2,79	9,60	5,45	10,86	3,42
2006	5,76	5,30	8,49	8,23	5,83	2,91	9,36	5,81	10,39	3,55
2007	5,99	5,38	8,53	8,36	5,92	3,10	9,36	6,04	10,21	3,49
2008	6,16	6,22	8,78	8,80	6,06	2,81	9,57	6,07	10,29	2,87
2009	6,66	7,44	9,05	9,52	6,60	2,83	10,29	6,08	11,00	4,09
2010	6,79	6,83	9,02	9,56	6,39	2,74	10,48	5,61	11,07	3,49
2011	6,83	6,61	9,20	9,48	6,04	2,71	10,53	5,29	11,21	3,57
2012	7,01	6,88	9,36	9,39	6,21	2,90	11,01	5,24	11,59	3,86
2013	7,20	7,09	9,36	9,10	6,30	2,93	11,04	5,38	11,71	4,25
2014	7,37	7,07	9,42	9,03	6,30	2,85	10,90	5,41	11,66	4,68

Fontes: The World Bank (2017a, 2017b)

Através da análise dos dados constantes nas Tabelas 2.1 e 2.2, verifica-se que no período de dezenove anos, compreendido entre 1995 a 2014, houve aumento nas despesas com saúde em todos os países estudados. O crescimento nas despesas com saúde em relação ao PIB variou entre o mínimo de 14%, na França, e o máximo de 116%, na Turquia. No Brasil, ocorreu o aumento de 28%. A Figura 2.1 mostra o crescimento das despesas com saúde no período mencionado.

Estudos de Garcia et al. (2013) indicam que os dispêndios com saúde têm a quarta maior participação nas despesas das famílias brasileiras, inferior apenas aos gastos com habitação, alimentação e transporte. Nos últimos anos, aumentaram os gastos com saúde efetuados pelas famílias (GARCIA et al., 2015), pelo governo (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017a) e pelas operadoras de planos de saúde (CARNEIRO et al., 2013), no Brasil e no mundo (LEWIS, 2015; HIMMELSTEIN et al., 2014; BHAKOO; SINGH; SOHAL, 2012).

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados de The World Bank (2017a, 2017b)

Figura 2.1 - Crescimento percentual das despesas com saúde em relação ao PIB, no período de 1995 a 2014, nos países que correspondem às vinte maiores economias mundiais

Projeções efetuadas por Instituto Coalizão Saúde (2017a), indicam que se os gastos com saúde no Brasil continuarem a crescer com a mesma taxa dos últimos anos, poderão chegar a representar de 20% a 25% do PIB em 2030, tornando o sistema insustentável, visto que a média de dispêndio com saúde dos países desenvolvidos é em torno de 10% do PIB.

Zucchi, Del Nero e Malik (2000) atribuem o aumento das despesas com saúde a quatro grandes causas:

- Aumento dos preços dos bens e serviços oferecidos, sem envolver melhoria da qualidade. A inflação e a relação de “agente” existente entre médico e pacientes incluem-se entre os fatores causadores deste efeito;

- Aumento do número de procedimentos realizados, em função do aumento demográfico da população, que se caracteriza como aspecto proeminente nos países em desenvolvimento, com populações em crescimento;
- Fator de mercado, resultante do encontro entre indivíduos que tem interesse em adquirir serviços de saúde e aqueles que os oferecem. Incluem-se os fatores que atuam sobre a demanda, aumentando o desejo de consumo de serviços de saúde, e sobre a oferta, com a disponibilização de cuidados mais relevantes, diversificados e geograficamente acessíveis;
- Fatores decorrentes do desenvolvimento tecnológico da área da saúde, com o surgimento de novas tecnologias, novos medicamentos, novos bens etc. Incluem-se o refinamento dos meios diagnósticos, que encarecem o preço dos diagnósticos e, em consequência, os custos das internações hospitalares (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

O envelhecimento das populações é considerado por diversos autores como um dos principais fatores responsáveis pelo aumento nas despesas com saúde. Resultante da melhoria das condições de vida conquistada ao longo do século XX, o envelhecimento populacional tornou-se um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). O aumento da longevidade ocasiona maior uso dos serviços de saúde, pressionando os sistemas de saúde pública, gerando mais custos e ameaçando a sustentabilidade do sistema (VERAS, 2012). As doenças próprias do envelhecimento passaram a causar maior impacto na sociedade, o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes, com maior tempo de ocupação do leito (LIMA-COSTA; VERAS, 2003) e os custos das internações dos pacientes com 60 anos ou mais são superiores aos de pacientes mais jovens, na faixa de 20 a 59 anos (SILVEIRA et al., 2013; PEIXOTO et al., 2004).

Além dos fatores mencionados, inclui-se a ineficiência das organizações prestadoras de serviços de saúde como um fator adicional que contribui para o aumento nos custos (SORENSEN; DRUMMOND; KHAN, 2013).

Introduzido por Berwick, Nolan e Whittington (2008), o conceito do *triple aim* define três objetivos simultâneos que devem ser perseguidos para a melhoria dos sistemas de saúde: melhorar a saúde das populações, melhorar a experiência do paciente e reduzir os custos *per capita* dos tratamentos de saúde. A importância do *triple aim* tornou-se reconhecida no mundo todo e o conceito passou a ser adotado como um *framework* para melhoria de desempenho dos sistemas de saúde de vários países e de muitas organizações prestadoras de serviços de saúde (OBUCINA et al., 2018; MERY et al., 2017; HENDRIKX et al., 2016; WHITTINGTON et al.,

2015). Constatando que as condições estressantes de trabalho dos médicos e demais profissionais atuantes nas organizações prestadoras de serviços de saúde dificultavam o alcance do *triple aim*, Bodenheimer e Sinsky (2014) propuseram o conceito do *quadruple aim*, adicionando ao *triple aim* um quarto objetivo: melhorar a qualidade de vida dos profissionais que prestam cuidados de saúde.

Considerando que sem mudanças significativas, os problemas dos sistemas de saúde irão aumentar, podendo chegar a uma situação insustentável, Porter e Teisberg (2007) propõem uma nova visão para os sistemas de saúde, usando o poder da competição em resultados para promover melhorias drásticas de qualidade e eficiência, gerando enorme incremento no valor para os pacientes. Porter e Teisberg (2007) argumentam que o foco deve se concentrar na melhoria da qualidade, pois maior qualidade na assistência à saúde resulta em redução de custos, devido à maior precisão nos diagnósticos, diminuição de erros e de complicações, tratamentos menos invasivos, rapidez nas recuperações e minimização de riscos e de gravidade das enfermidades.

Para efetiva geração de valor em saúde é necessário que os aspectos de qualidade e custo sejam simultaneamente considerados e relacionados ao tratamento apropriado, durante todo o ciclo de prestação de cuidados. Além disto, o paciente deve ser posicionado no centro do sistema de saúde e sua opinião deve ser preponderante na definição de valor (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017b).

Representado um entendimento consensual de grandes organizações da cadeia produtiva do setor de saúde no Brasil, o Instituto Coalizão Saúde (2017b) define valor em saúde como: “o equilíbrio entre a percepção do cidadão quanto à experiência assistencial; prevenção e tratamentos apropriados que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; e custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde”.

A mudança no sistema de remuneração pela prestação de cuidados de saúde, com a substituição do modelo de pagamento por serviços (*fee por service*), predominante atualmente no Brasil, por modelos de pagamento baseados em valor, tem grande potencial para contribuir para melhores resultados em saúde, com maior qualidade e menores custos (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017b).

Os hospitais, em particular, enfrentam grandes desafios devido aos crescentes custos com cuidados de saúde (VOLLAND et al., 2017). Os hospitais são o centro do sistema de saúde no Brasil e são essenciais para a saúde da população (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O SUS é o principal financiador das internações hospitalares realizadas no Brasil, incluindo o financiamento majoritário para os casos de alta complexidade (PORTO; UGÁ;

MOREIRA, 2011; GARCIA et al., 2013). Os hospitais consomem a maior parcela do orçamento governamental com saúde no Brasil, absorvendo aproximadamente setenta por cento dos gastos do SUS (VECINA NETO; MALIK, 2007; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os dispêndios com suprimentos hospitalares têm crescido em um ritmo alarmante e representam o segundo maior custo para os hospitais, inferior apenas aos custos com mão de obra (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011; O'CONNOR; SCHNELLER, 2011).

Historicamente, as despesas totais com suprimentos dos hospitais, que compreendem os custos dos suprimentos mais todos os custos de mão de obra relacionados com a operação da cadeia de suprimentos e os estoques de materiais, tem consumido até 45% do orçamento operacional (KOWALSKI, 2009). Entretanto, com o avanço da tecnologia, os gastos com suprimentos podem ultrapassar os gastos com mão de obra (O'CONNOR; SCHNELLER, 2011). Estima-se que por volta de 2020 os gastos com a cadeia de suprimentos irão corresponder ao maior custo dos hospitais, superando os dispêndios com mão de obra (MATERIAL HANDLING & LOGISTICS, 2015).

Um significativo direcionador de custos é a enorme complexidade da cadeia de suprimentos dos hospitais (NACHTMANN; POHL, 2009), conforme discute-se a seguir.

2.1.2 Barreiras para implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar

Chen, Preston e Xia (2013), Beier (1995) e Germain et al. (2011) indicam que as cadeias de suprimentos de hospitais possuem características específicas, que as tornam mais complexas e distintas das cadeias típicas das indústrias, principalmente em relação aos seguintes aspectos:

- Fornecimento preciso e adequado dos suprimentos hospitalares é crítico para a saúde dos pacientes, com impactos em todas as áreas clínicas e operacionais do hospital;
- Enorme quantidade e diversidade de materiais e equipamentos. Muitos deles têm alto valor e requerem tratamento especial para evitar deterioração ou obsolescência;
- Ausência no setor hospitalar de um sistema de classificação numérica universal de produtos, que gera dificuldades para padronização, para identificação de produtos funcionalmente equivalentes e para sincronização de práticas de gestão da cadeia de suprimentos;
- Seleção de suprimentos hospitalares são frequentemente direcionadas pela preferência dos médicos, que são baseadas na formação médica, em experiência com marcas particulares e em demandas contextuais específicas, contrastando com os

setores de indústria e varejo, que adota critérios de seleção baseados em considerações de custo e em previsões de produção e vendas. Ocorre, ainda, desconexão entre aqueles que tomam a decisão de compra (médicos) e aqueles que efetivamente realizam a aquisição;

- A rápida inovação médica e tecnológica resulta em mudanças frequentes de suprimentos hospitalares, tornando a gestão da cadeia de suprimentos hospitalar intensiva em informação e conhecimentos. Os hospitais administram uma grande quantidade de fornecedores com diferentes especializações e *know how*, que torna a gestão da cadeia de suprimentos hospitalar singularmente mais complexa e intensiva em conhecimento do que as práticas tradicionais da cadeia de suprimentos da indústria (CHEN; PRESTON; XIA, 2013; BEIER, 1995; GERMAIN et al., 2011).

A adoção das melhores práticas de gestão da cadeia de suprimentos em hospitais pode resultar em expressivas reduções de custos e, simultaneamente, aumentar a qualidade dos serviços, à medida que a produtividade do trabalho é melhorada e mais tempo é dedicado às operações de cuidados de saúde, além de possibilitar melhorias no desempenho financeiro da organização hospitalar (ROBINSON; BROWN, 2014; DE VRIES; HUIJSMAN, 2011; DE VRIES, 2011; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011; BALTACIOGLU et al., 2007; OLIVEIRA; PINTO, 2005; POULIN, 2003; LI; BENTON; LEONG, 2002; JARRET, 1998).

Ocorre que a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar não apresentou o mesmo desenvolvimento e sua implementação encontra-se bastante atrasada em relações aos setores da indústria e de varejo (BURT, 2006; VOLLAND et al., 2017).

Os conceitos, modelos e práticas de gestão da cadeia de suprimentos existentes no setor industrial podem ser estendidos e trazer benefícios ao setor de saúde. No entanto, o fato de que a gestão da cadeia de suprimentos em um ambiente hospitalar é caracterizada por atributos únicos e maior complexidade, torna difícil transferir, de forma direta, o conhecimento do setor industrial para o setor hospitalar (DE VRIES; HUIJSMAN, 2011; MEIJBOOM; SCHMIDT-BAKX; WESTERT, 2011; BHAKOO; SINGH; SOHAL, 2011; LILLRANK; GROOP; VENESMAA, 2011; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011).

Apesar das maiores dificuldades, tem havido muita demora na implementação abrangente da gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar, tanto em países em desenvolvimento (MUSTAFA; POTTER, 2009), quanto em países desenvolvidos (MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011).

Estudo realizado nos Estados Unidos por Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) apontou a existência das seguintes barreiras à implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar:

- Ausência de apoio da alta administração dos hospitais, principalmente em razão de não haver conscientização por parte de alguns executivos sêniores sobre os benefícios provenientes da gestão eficiente da cadeia de suprimentos;
- Falta de alinhamento ou incentivos conflitantes entre participantes-chave da cadeia de suprimentos hospitalar – fabricantes, distribuidores, grupos de compra e hospitais, incluindo profissionais da área de suprimentos, médicos e componentes do corpo clínico – que contribuem para descontinuidades na cadeia de suprimentos;
- Deficiências na coleta de dados e na medição de desempenho;
- Conhecimentos e habilidades limitados sobre práticas de gestão da cadeia de suprimentos nos níveis executivo e operacional, indicando a necessidade de prover educação específica para eliminar esta lacuna;
- Relacionamentos inconsistentes entre membros de grupos de compra e demais parceiros da cadeia de suprimentos hospitalar (MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

De forma análoga, capacitação deficiente de gestores e demais profissionais em práticas de gestão de cadeia de suprimentos e obstáculos para obter dados foram recentemente apontadas como principais barreiras para implementação de gestão de cadeia de suprimentos no Brasil. Em estudo realizado com gestores e profissionais da cadeia de suprimentos de um grande complexo hospitalar vinculado ao sistema de assistência de saúde pública do Estado de São Paulo, Bego (2016) constatou que existe enorme dificuldade na gestão dos processos-chave da cadeia de suprimentos, devido a dificuldades na obtenção de informações, falta de capacitação dos profissionais e dos gestores em boas práticas de gestão da cadeia de suprimentos e ausência de uma política de treinamento para capacitar este grupo de profissionais.

Uma barreira adicional indicada na literatura internacional para implementação de melhores práticas de gestão de compras em hospitais geridos pela administração pública refere-se as restrições estabelecidas pela legislação pública. Böhme et al. (2014) indicam que a legislação de compras públicas da Austrália impede que sejam desenvolvidas parcerias de longo prazo com fornecedores de alto desempenho, que dentre outros benefícios, resultariam em redução na incerteza de abastecimento.

2.1.3 Compras: área prioritária para implementação de melhorias na gestão da cadeia de suprimentos hospitalar

Chandra, Kumar e Ghildayal (2011) afirmam que o processo de gastos com suprimentos médicos representa o maior potencial de economia na cadeia de suprimentos dos hospitais. Há indicações na literatura de que o desenvolvimento e a maturidade da área de compras resultam em maior potencial de identificação de oportunidades para redução de custos (SCHIELE, 2007) e maior potencial de contribuição para a melhoria do desempenho global da organização (BEMELMANS; VOORDIJK; VOS, 2013). Assim, a área de compras é apontada como prioritária para implementação de melhorias na gestão da cadeia de suprimentos hospitalar.

Existem muitas ineficiências nos processos de compras de suprimentos hospitalares e a otimização destes processos tem potencial para obter reduções de custos significativas, além de outros benefícios para os hospitais (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011).

A utilização de *benchmarking* é recomendada para apoiar melhorias de gestão nos processos de compra hospitalares. Estudo realizado por Robinson e Brown (2014) com dez hospitais localizados numa mesma região, indicou que havia diferenças significativas nos dispêndios com alguns procedimentos médicos de alto custo. Os hospitais com melhor gestão dos processos de compra apresentaram melhor desempenho em custos. Como os principais componentes da estrutura de custos estão sob controle hospitalar, Robinson e Brown (2014) recomendam aos gestores realizar *benchmarking* com outras organizações hospitalares para identificar e implantar melhores práticas de gestão de compras.

Naranjo-Gil e Ruiz-Muñoz (2015) indicam que práticas de *benchmarking* nos processos de compras hospitalares públicas podem resultar em reduções de custos significativas e melhorias na qualidade dos produtos hospitalares. Com a aplicação sistemática de *benchmarking* nas compras públicas de 5373 produtos hospitalares de uma região da Espanha, composta por 29 distritos, conseguiu-se obter redução média dos preços de compra em aproximadamente 29,0% e melhoria de qualidade dos produtos adquiridos em torno de 10,6%.

Conforme anteriormente discutido, a gestão de relacionamento com fornecedores tem sido a principal iniciativa liderada pela área de compras de organizações líderes de mercado de vários setores para obtenção de redução de custos, melhoria de eficiência operacional e geração de vantagem competitiva, e, em tese, teria grande potencial para beneficiar o setor hospitalar. Porém, Mettler e Rohner (2009) indicam que a gestão de relacionamentos com fornecedores está pouco disseminada no setor hospitalar, fato que foi confirmado pela escassez de publicações sobre o tema existentes nos dias atuais na literatura acadêmica de gestão da cadeia de suprimentos. Assim, a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações

hospitalares tornou-se o tema deste estudo, de acordo com os objetivos, recomendações de pesquisas e justificativas apresentadas no capítulo introdutório.

Para estabelecer a fundamentação conceitual necessária à abordagem da gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, inicia-se no próximo tópico a revisão de literatura sobre gestão da cadeia de suprimentos, gestão estratégica de compras e tópicos relacionados com a gestão de relacionamento com fornecedores, conforme planejamento apresentado anteriormente.

Revisão de literatura – Parte B

2.2 Gestão da cadeia de suprimentos

2.2.1 Definições e conceitos relevantes

A gestão da cadeia de suprimentos começou a ser abordada na literatura acadêmica em meados da década de 1980 (CROOM; ROMANO; GIANNAKIS, 2000) e ao longo de mais de trinta anos de enfoque, o conceito de gestão de cadeia de suprimentos vem passando por um processo de evolução e amadurecimento (ZSIDISIN; ANCARANI, 2016; MALONI et al., 2015; ELLRAM; COOPER, 2014; ZACHARIA; SANDERS; FUGATE, 2014; STOCK; BOYER; HARMON, 2010).

Com um foco inicial em logística, compras e operações (LIAO-TROTH; THOMAS; FAWCETT, 2012), a gestão da cadeia de suprimentos passou a cobrir um amplo espectro de tópicos de pesquisa, incluindo estratégia, marketing, tecnologia de informação, gestão da qualidade, sociologia e geografia econômica (GRIMM et al., 2015; GIANNAKIS, 2012; VAN WEELE; VAN RAAIJ, 2014; CLOSS; BOLUMOLE; RODAMMER, 2014) e tornou-se reconhecida como potencial fonte de vantagem competitiva e um componente fundamental para a estratégia global das organizações (GONZALEZ-LOUREIRO; DABIC; KIESSLING, 2015).

No entanto, apesar do crescimento ocorrido e do reconhecimento da relevância da gestão da cadeia de suprimentos, alguns conceitos fundamentais continuam a ser debatidos entre acadêmicos, gerentes e executivos, de modo que ainda não há consenso sobre um *framework* e uma definição unificados para gestão da cadeia de suprimentos, além de existirem críticas sobre fragmentação conceitual na literatura acadêmica (SWEENEY; GRANT; MANGAN, 2015; PETERSEN; AUTRY, 2014; ELLRAM; COOPER, 2014; ZACHARIA; SANDERS; FUGATE, 2014; COROMINAS, 2013; NASLUND; WILLIAMSON, 2010; MENTZER; STANK; ESPER, 2008; GIUNIPERO et al., 2008; BURGESS; SINGH; KOROGLU, 2006; STOREY et al., 2006; GIBSON; MENTZER; COOK, 2005; CHEN; PAULRAJ, 2004; KATHAWALA; ABDOU, 2003; MENTZER et al., 2001; TAN, 2001; CROOM; ROMANO; GIANNAKIS, 2000; LAMBERT; COOPER, 2000).

A fragmentação conceitual dificulta o desenvolvimento, disseminação e aplicação prática da gestão da cadeia de suprimentos (PETERSEN; AUTRY, 2014). Estudos recentes buscam explicar este fato e propor ações para suprimi-lo. Na opinião de Petersen e Autry (2014), a fragmentação deve-se às heranças acadêmicas dos pesquisadores de gestão da cadeia

de suprimentos, enraizadas nas escolas de pensamento de quatro disciplinas previamente estabelecidas: transportes e logística, canais de marketing, gestão de operações e compras. Os acadêmicos tendem a desenvolver pesquisas, ensinar e orientar seus seguidores com base nas hipóteses inerentes as suas disciplinas de origem, com dificuldades para desenvolver conhecimentos na interseção com as outras disciplinas (PETERSEN; AUTRY, 2014).

Com diagnóstico similar, Zacharia, Sanders e Fugate (2014) indicam que existem dois núcleos de disciplinas que são fundamentais para a gestão da cadeia de suprimentos: um núcleo interno constituído por logística, compras e gestão de operações e um núcleo externo, formado por marketing e tecnologia de informação. Embora estas disciplinas estudem fenômenos que são importantes para a gestão da cadeia de suprimentos, cada disciplina pesquisa de forma isolada, levando a uma abordagem fragmentada que reduz a capacidade de lidar com os complexos problemas da cadeia de suprimentos. Conforme Zacharia, Sanders e Fugate (2014), caberia ao núcleo interno promover iniciativas de colaboração interdisciplinares para contribuir para o avanço da gestão da cadeia de suprimentos.

A ausência de concordância sobre uma definição para gestão da cadeia de suprimentos é outro fator que dificulta a evolução da pesquisa e da utilização prática dos conceitos de gestão da cadeia de suprimentos (STOCK; BOYER, 2009). Existem na literatura muitas definições para gestão da cadeia de suprimentos e poucas definições diretas de cadeia de suprimentos, embora várias definições de gestão da cadeia de suprimentos contenham uma definição relativamente explícita de cadeia de suprimentos (COROMINAS, 2013). Nos dias atuais, apesar de não haver uma definição consensual para gestão da cadeia de suprimentos, a definição básica de cadeia de suprimentos estabelecida por Mentzer et al. (2001) é aceita pela maioria das pessoas (ELLRAM; COOPER, 2014).

Mentzer et al. (2001, tradução nossa) definem cadeia de suprimentos como:

Um conjunto de três ou mais entidades (organizações ou indivíduos) diretamente envolvidas nos fluxos a montante e a jusante de produtos, serviços, finanças e/ou informações, desde a origem até o cliente.

Incorporados nesta definição, Mentzer et al. (2001) identificam três níveis de complexidade de cadeias de suprimentos: cadeia de suprimentos direta, composta por uma empresa, um fornecedor e um cliente; cadeia de suprimentos estendida, que inclui os fornecedores do fornecedor imediato e os clientes do cliente imediato; e cadeia de suprimentos completa, que inclui todas as organizações envolvidas em todos os fluxos, a montante e a jusante, de produtos, de serviços, financeiro e de informações, desde o primeiro fornecedor até

o último cliente. Uma cadeia de suprimentos completa pode atingir elevado grau de complexidade (MENTZER et al., 2001).

Council of Supply Chain Management Professionals (2017, tradução nossa) ilustra a abrangência e indica os principais elos na seguinte descrição da cadeia de suprimentos:

1. Iniciando com as matérias primas não processadas e terminando com o cliente final utilizando os produtos acabados, a cadeia de suprimentos une muitas empresas.
2. Os intercâmbios de materiais e de informações no processo logístico estendem-se desde a aquisição de matérias primas até a entrega dos produtos acabados para o usuário final. Todos os fornecedores, provedores de serviços e clientes são elos na cadeia de suprimentos.

Ao longo dos últimos anos, muitos esforços foram empreendidos na busca de uma definição consensual para gestão da cadeia de suprimentos. Embora não se tenha obtido consenso para uma definição unificada, algumas definições têm sido aceitas e adotadas por diversos acadêmicos, dentre as quais incluem-se as definições mencionadas a seguir.

Após analisar diversas definições de gestão da cadeia de suprimentos, Mentzer et al. (2001) as classificam em três categorias: uma filosofia de gestão, um conjunto de atividades para implementar uma filosofia de gestão e um conjunto de processos de gestão. Considerando que a gestão da cadeia de suprimentos envolve várias empresas, múltiplas atividades de negócio e a coordenação destas atividades entre funções e entre empresas na cadeia de suprimentos, Mentzer et al. (2001, tradução nossa) propuseram definir gestão da cadeia de suprimentos como:

“A coordenação estratégica e sistêmica das funções de negócio tradicionais e das táticas entre estas funções de negócios, dentro de uma determinada empresa, e entre empresas dentro de uma cadeia de suprimentos, com o propósito de melhorar o desempenho no longo prazo das empresas de modo individual, e da cadeia de suprimentos, como um todo.

A definição de Mentzer et al. (2001) tem sido utilizada por vários autores, dentre eles Giunipero et al. (2008), Carter e Rogers (2008), Gold, Seuring e Beske (2010) e Gonzalez-Loureiro; Dabic e Kiessling (2015).

Gibson, Mentzer e Cook (2005) ressaltam a necessidade da participação do meio empresarial no estabelecimento de uma definição consensual e indicam o importante papel das associações de classe de profissionais da cadeia de suprimentos em envolver seus associados para esta finalidade. Assim, após consulta a seus associados, o Council of Supply Chain Management Professionals (CSCMP) estabeleceu a seguinte definição para gestão da cadeia de suprimentos, conforme Gibson, Mentzer e Cook (2005, tradução nossa):

A gestão da cadeia de suprimentos engloba o planejamento e a gestão de todas as atividades envolvidas em compras e suprimentos, em transformação e todas as atividades de gestão logística. De modo importante, também inclui coordenação e colaboração com os parceiros de canal, que podem ser fornecedores, intermediários, provedores de serviços terceirizados e clientes. Em essência, a gestão da cadeia de suprimentos integra o gerenciamento da oferta e da demanda, dentro e entre empresas.

Posteriormente, reconhecendo a evolução dos conceitos e das práticas da gestão da cadeia de suprimentos, esta definição foi revisada. Nos dias atuais, o CSCMP adota a seguinte definição de gestão da cadeia de suprimentos, de acordo com Council of Supply Chain Management Professionals (2017, tradução nossa):

A gestão da cadeia de suprimentos engloba o planejamento e a gestão de todas as atividades envolvidas em compras e suprimentos, em transformação e todas as atividades de gestão logística. De modo importante, também inclui coordenação e colaboração com os parceiros de canal, que podem ser fornecedores, intermediários, provedores de serviços terceirizados e clientes. Em essência, a gestão da cadeia de suprimentos integra o gerenciamento da oferta e da demanda, dentro e entre empresas. A gestão da cadeia de suprimentos é uma função de integração com a responsabilidade primária de ligar as principais funções e processos de negócios, dentro e entre empresas, em um modelo de negócios coeso e de alto desempenho. Incluem-se todas as atividades logísticas anteriormente mencionadas, bem como as operações de manufatura, o que impulsiona a coordenação de processos e de atividades, com e entre as áreas de marketing, vendas, projeto do produto, finanças e tecnologia da informação.

Stock e Boyer (2009) detectaram 173 definições de gestão da cadeia de suprimentos publicadas em periódicos e livros até 2008. Com a utilização de técnicas de análise qualitativa, identificaram três temas principais e seis subtemas nas definições analisadas. O conceito de gestão da cadeia de suprimentos como um método para gerenciar um sistema de relacionamentos registrou a maior frequência (71%) dentre todos os subtemas, com 123 ocorrências dentre as definições analisadas (STOCK; BOYER, 2009).

Compilando e integrando todos os temas e subtemas identificados, Stock e Boyer (2009, tradução nossa) propõem a seguinte definição para gestão da cadeia de suprimentos:

A gestão de uma rede de relacionamentos dentro de uma empresa e entre organizações independentes e unidades de negócio, consistindo de fornecedores de materiais, compras, instalações de produção, logística, marketing e sistemas relacionados que facilitam o fluxo para frente e reverso de materiais, serviços, finanças e informações, desde o produtor inicial até o cliente final, com os benefícios de agregar valor, maximizar a lucratividade através da eficiência e alcançar a satisfação do cliente.

A definição proposta por Stock e Boyer (2009) é utilizada por Ferrell et al. (2013), Corominas (2013), Zacharia, Sanders e Fugate (2014) e Ahi, Jaber e Searcy (2016), dentre outros autores.

Seguindo a tendência apontada por Stock e Boyer (2009), constata-se que em anos recentes, alguns autores e instituições, como Lambert (2014), Christopher (2016) e o Global Supply Chain Forum, passaram a conceber a gestão da cadeia de suprimentos como a gestão de uma rede de relacionamentos, refletindo isto em suas definições de gestão da cadeia de suprimentos.

O Global Supply Chain Forum, uma instituição fundada em 1992 e constituída por acadêmicos e executivos de grandes empresas como Shell, Coca-Cola, Dow Du-Pont, Bristol-Myers Squibb e Cargill (THE OHIO STATE UNIVERSITY, 2018a), propunha a seguinte definição para gestão de cadeia de suprimentos, em meados da primeira década dos anos 2000, conforme mencionado por Lambert (2008, p. 2, tradução nossa):

Gestão da cadeia de suprimentos é a integração de processos de negócios-chave desde o usuário final até os fornecedores iniciais, que fornece produtos, serviços e informações, que agregam valor para clientes e outros *stakeholders*.

Recentemente, esta definição foi revisada e nos dias atuais, conforme Lambert (2014, p.2, tradução nossa) e The Ohio State University (2018b), o Global Supply Chain Forum adota a seguinte definição para gestão da cadeia de suprimentos:

Gestão da cadeia de suprimentos é o gerenciamento dos relacionamentos em uma rede de organizações, desde os clientes finais até os fornecedores iniciais, utilizando processos de negócio interfuncionais-chave, para criar valor para clientes e outros *stakeholders*.

Christopher (2016, p.13, tradução nossa) define gestão da cadeia de suprimentos como “a gestão de relacionamentos a montante e a jusante com fornecedores e clientes, com o objetivo de entregar valor superior ao cliente, ao menor custo para toda a cadeia de suprimentos”. Christopher (2016) indica que a gestão da cadeia de suprimentos requer uma significativa mudança nos relacionamentos distantes, e até mesmo antagônicos, que tem frequentemente caracterizado as relações entre compradores e fornecedores, para estabelecer relações de cooperação e confiança, em que a soma do todo seja maior que a soma das partes. Assim, a gestão da cadeia de suprimentos deve focar na gestão de relacionamentos para alcançar um resultado mais lucrativo para todas os participantes da cadeia (CHRISTOPHER, 2016).

A gestão de relacionamento é também enfatizada em *frameworks* para gestão da cadeia de suprimentos, conforme será abordado no próximo tópico.

2.2.2 Frameworks para gestão de cadeias de suprimentos

Existem numerosos *frameworks* na literatura acadêmica, que abordam diferentes aspectos relacionados com a gestão da cadeia de suprimentos (DU TOIT; VLOK, 2014). Para enfoque neste tópico foram selecionados alguns *frameworks* que contribuem tanto na discussão ora realizada sobre conceitos e implementação da gestão da cadeia de suprimentos nas organizações, como para caracterizar a relevância da gestão de relacionamento com fornecedores como um processo-chave para a gestão da cadeia de suprimentos.

Inicialmente, abordam-se os *frameworks* Supply Chain Operations Reference Model e o do Global Supply Chain Forum, considerados os mais proeminentes para apoiar a implementação da gestão da cadeia de suprimentos nas empresas (LAMBERT; ENZ, 2017, GEORGE; WUEST; THOBEN, 2017). Em seguida, apresenta-se o *framework* de Soni e Kodali (2013), que busca sintetizar os principais elementos em uma ampla revisão de literatura sobre *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos. Na sequência, discutem-se algumas características que diferenciam a gestão da cadeia de suprimentos na área industrial e no setor de serviços e são apresentados os *frameworks* de Ellram, Tate e Billington (2004) e Baltacioglu et al. (2007) que enfocam a gestão da cadeia de suprimentos em serviços. O tópico é encerrado com a apresentação de algumas recomendações para o desenvolvimento de *frameworks* relacionados com a gestão da cadeia de suprimentos.

2.2.2.1 O framework Supply Chain Operations Reference Model (SCOR)

Supply Chain Operations Reference Model (SCOR) é o *framework* de gestão da cadeia de suprimentos mais utilizado nas empresas e na área acadêmica, sendo considerado por alguns autores como o mais promissor para a tomada de decisão estratégica e para a avaliação de desempenho na cadeia de suprimentos (NTABE et al., 2015). O SCOR é um modelo de referência amplamente aceito, que ajuda as organizações a mapear, desenvolver e referenciar as operações da cadeia de suprimentos e a avaliar e monitorar os níveis de desempenho da cadeia de suprimentos (ROTARU; WILKIN; CEGLOWSKI, 2014).

A versão inicial do *framework* SCOR foi desenvolvida em 1996 pelo Supply Chain Council, que em 2014 fundiu suas operações com a American Production and Inventory Control Society (APICS) (SUPPLY CHAIN COUNCIL, 2012; APICS, 2018).

A visão geral do *framework* SCOR aqui apresentada é baseada em Supply Chain Council (2012), que corresponde a décima terceira revisão do modelo de referência.

O modelo SCOR foi desenvolvido para descrever as atividades de negócio associadas a todas as fases de satisfação da demanda de um cliente. O modelo está organizado em torno dos

seis processos primários de gerenciamento: planejar, suprir, fazer, entregar, retornar e habilitar, conforme representado na Figura 2.2.

Fonte: adaptado de Supply Chain Council (2012)

Figura 2.2 – Representação do *framework* SCOR

Uma descrição dos seis processos primários é apresentada no Quadro 2.1.

Processo primário	Descrição
Planejar	Inclui a coleta de requisitos e de informações sobre recursos disponíveis, o balanceamento de requisitos e recursos para determinar as capacidades planejadas e as lacunas na demanda ou recursos e a identificação de ações para corrigir essas lacunas.
Suprir	Inclui a emissão de ordens de compra, agendamento de entregas, recebimento, validação e armazenagem de bens e aceite da fatura do fornecedor.
Fazer	Descreve as atividades associadas à conversão de materiais ou a criação do conteúdo para serviços.
Entregar	Descreve as atividades associadas à criação, manutenção e atendimento de pedidos de clientes, incluindo o recebimento, validação e criação de pedidos, agendamento de entrega de pedidos, expedição e faturamento ao cliente.
Retornar	Descreve as atividades associadas ao fluxo reverso de bens, incluindo a identificação da necessidade de retorno, a tomada de decisão, o agendamento do retorno e o embarque e recebimento dos bens devolvidos.
Habilitar	Descreve as atividades associadas à gestão da cadeia de suprimentos, incluindo a gestão de: regras de negócios, desempenho, dados, recursos, instalações, contratos, conformidade regulatória e riscos.

Fonte: adaptado de Lambert e Enz (2017)

Quadro 2.1 – Descrição dos processos primários do modelo SCOR

Utilizando esses blocos de construção de processo, o modelo pode ser usado para descrever cadeias de suprimentos simples ou complexas, usando um conjunto comum de definições e fornecendo um embasamento para a melhoria das cadeias de suprimentos. O modelo abrange: as interações com os clientes pela entrada de pedidos; as transações de materiais, desde o fornecedor do fornecedor até o cliente do cliente; e as interações de mercado, desde o entendimento da demanda agregada até o atendimento de cada pedido. O modelo não descreve todas as atividades e processos de negócio e não aborda vendas e marketing (geração da demanda), desenvolvimento de produto, pesquisa e desenvolvimento e alguns elementos de suporte ao cliente após a entrega (SUPPLY CHAIN COUNCIL, 2012).

O *framework* SCOR disponibiliza informações relacionadas aos três primeiros níveis de processos na cadeia de suprimentos, conforme indicado no Quadro 2.2. Não são providas no modelo informações referentes ao quarto nível.

Escopo	Nível	Descrição	Exemplo	Comentários
Dentro do escopo do SCOR	1	Tipos de processo (escopo)	Planejar, suprir, fazer, entregar, retornar e habilitar	Define escopo e conteúdo de uma cadeia de suprimentos
	2	Categorias de processo (configuração)	<i>Make to stock, make to order, engineered to order</i> , produtos com defeitos, produtos em excesso e materiais indiretos	Define as estratégias da operação e estabelece os recursos para uma cadeia de suprimentos
	3	Elementos de processos (passos)	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar entregas • Receber produtos • Verificar produtos • Transferir produtos • Autorizar pagamentos 	Define a configuração dos processos, com foco nos entradas, saídas e desempenho dos processos, práticas, recursos tecnológicos e habilidades da equipe
Fora do escopo do SCOR	4	Atividades (implementação)	Aspectos específicos do setor de atuação, da organização, da localização e/ou da tecnologia utilizada	Descreve as atividades executadas pelas organizações dentro da cadeia de suprimentos, para atingir os resultados requeridos

Fonte: adaptado de Supply Chain Council (2012)

Quadro 2.2 – Hierarquia e escopo do *framework* SCOR

O modelo SCOR inclui dados de *benchmarking* que podem ser usados para melhorar a eficiência operacional, o que é atraente para muitos executivos. Porém, não inclui funções como marketing, finanças e pesquisa e desenvolvimento, o que pode tornar a implementação mais direta, porém, se constitui em uma limitação (LAMBERT; GARCÍA-DASTUGUE; CROXTON, 2005).

O modelo SCOR descreve uma arquitetura de processos da cadeia de suprimentos, indicando o modo como os processos interagem, como são executados, como são configurados e as habilidades requeridas das equipes que os executam (SUPPLY CHAIN COUNCIL, 2012).

O modelo SCOR consiste em quatro seções principais:

- Desempenho: informa métricas padronizadas para descrever o desempenho do processo e definir objetivos estratégicos. O desempenho é caracterizado em dois elementos distintos, atributos e métricas de desempenho. Os atributos são usados para expressar uma estratégia e se constituem em confiabilidade, responsividade, agilidade, custos e eficiência de gestão dos ativos. Para cada atributo são definidas métricas, que se desdobram em três níveis hierárquicos.
- Processos: inclui descrições padronizadas dos processos de gestão e um conjunto de descrições de atividades pré-definidas, hierarquizadas em três níveis, que a maioria das organizações executam em suas cadeias de suprimentos.
- Práticas: indica práticas de gestão para melhor desempenho dos processos e um conjunto de práticas reconhecidas, que são classificadas em quatro categorias: práticas emergentes, melhores práticas, práticas–padrão e práticas em declínio.
- Pessoas: inclui definições padronizadas das habilidades necessárias para executar os processos da cadeia de suprimentos e fornece um padrão para descrever as habilidades necessárias para executar tarefas e gerenciar processos. As habilidades são associadas a outros aspectos das pessoas, como aptidão, experiência, treinamento e nível de competência (SUPPLY CHAIN COUNCIL, 2012).

É atribuída grande relevância ao processo de gestão de relacionamento com fornecedores no *framework* SCOR, que é definido como “o processo de trabalhar em colaboração com fornecedores vitais para o sucesso organizacional, para maximizar o valor potencial desses relacionamentos” (SUPPLY CHAIN COUNCIL, 2012, tradução nossa).

A gestão de relacionamento com fornecedores é um construto também utilizado no *framework* de Du Toit e Vlok (2014), desenvolvido com a finalidade de facilitar o entendimento

dos conceitos de gestão da cadeia de suprimentos e que foi baseado nos *frameworks* SCOR e de Mentzer et al. (2001).

O *framework* SCOR é amplamente utilizado nos setores industriais e de serviços (CHAN; KUMAR, 2014), com registros na literatura acadêmica de muitas aplicações, como por exemplo, na indústria de lâmpadas, de *display* de cristal líquido, automotiva, naval, de madeira e de etanol e petróleo, assim como no setor de construção civil, em turismo, em serviços profissionais e em serviços de consultoria em tecnologia de informação, dentre várias outras organizações (NTABE et al., 2015).

2.2.2.2 O *framework* do Global Supply Chain Forum (GSCF)

O segundo *framework* mais popular para gestão da cadeia de suprimentos foi desenvolvido pelo Global Supply Chain Forum (NASLUND; WILLIAMSON, 2010). O *framework* do GSCF é abrangente, inclui todas as funções de negócios associadas com os principais processos da cadeia de suprimentos e facilita a identificação das atividades-chave nos processos da cadeia de suprimentos (MOHAMMADI; MUKHTAR, 2017).

O Global Supply Chain Forum (GSCF) é um centro de pesquisas em gestão da cadeia de suprimentos vinculado à Ohio State University, que tem como membros acadêmicos dessa universidade e executivos de empresas reconhecidas como líderes em seus setores de atuação. O GSCF tem como missão proporcionar a seus componentes a oportunidade de explorar questões consideradas críticas para a conquista da excelência na gestão da cadeia de suprimentos (LAMBERT; ENZ, 2017).

O *framework* do GSCF representa um modelo de negócio e uma forma de criar vantagem competitiva por meio da gestão estratégica de relacionamentos com os clientes e com os fornecedores mais importantes (LAMBERT; COOPER, 2000). O *framework* baseia-se no conceito de que as empresas não competem sozinhas, mas como membros de uma rede de organizações e as empresas que obtêm maior sucesso são as que melhor gerenciam os relacionamentos nesta rede (LAMBERT; ENZ, 2017).

A fundamentação do *framework* é embasada nas pesquisas do GSCF, que indicaram: a gestão da cadeia de suprimentos envolve três elementos estreitamente inter-relacionados, a estrutura, os processos de negócio e os componentes de gerenciamento da cadeia de suprimentos; a estrutura de atividades e processos dentro e entre organizações é vital para criação de competitividade e lucratividade; e a gestão bem-sucedida da cadeia de suprimentos requer a integração de processos de negócio com os membros-chave da cadeia de suprimentos (LAMBERT; COOPER, 2000; LAMBERT; COOPER; PAGH, 1998).

A concepção inicial do *framework* do GSCF foi publicada em Cooper, Lambert e Pagh (1997) e posteriormente desenvolvida em Lambert, Cooper e Pagh (1998), Lambert e Cooper (2000) e Croxton et al. (2001). A experiência na utilização conduziu a alguns aprimoramentos na versão atual do *framework*, divulgada em Lambert (2014) e em Lambert e Enz (2017) e reproduzida na Figura 2.3.

Fonte: adaptado de Lambert e Enz (2017) e de Lambert (2014)

Figura 2.3 – Representação do *framework* de gestão da cadeia de suprimentos do GSCF

Os processos de gestão de relacionamento com clientes e de gestão de relacionamento com fornecedores formam as ligações críticas na cadeia de suprimentos, sendo os outros seis processos coordenados através deles. A gestão da cadeia de suprimentos refere-se, efetivamente, ao gerenciamento de relacionamentos. A cadeia de suprimentos é gerenciada elo por elo, relacionamento por relacionamento e prosperam as empresas que melhor administram estes relacionamentos (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012).

O Quadro 2.3 apresenta uma descrição sucinta de cada processo-chave do *framework* do GSCF, com a indicação da publicação que o detalha.

Processo-chave	Descrição sucinta	Detalhado em
Gestão de relacionamento com clientes	Fornece uma estrutura sobre como os relacionamentos com os clientes são desenvolvidos e mantidos	Lambert (2009)
Gestão de relacionamento com fornecedores	Fornece uma estrutura sobre como os relacionamentos com os fornecedores são desenvolvidos e mantidos	Lambert e Schwieterman (2012)
Gestão de serviço ao cliente	Fornece a face da empresa ao cliente, uma fonte única de informação ao cliente	Bolumole, Knemeyer e Lambert (2003)
Gestão da demanda	Fornece uma estrutura para balancear os requisitos do cliente com as capacidades da cadeia de suprimentos	Croxton et al. (2002)
Atendimento de pedidos	Inclui atividades necessárias para definir requisitos do cliente, projetar uma rede e permitir o atendimento dos pedidos dos clientes, minimizando o custo total	Croxton (2003)
Gestão do fluxo de fabricação	Inclui atividades necessárias para obter, implementar e gerenciar a flexibilidade de fabricação e mover produtos entre fábricas na cadeia de suprimentos	Goldsby e García-Dastugue (2003)
Desenvolvimento de produto e comercialização	Fornece a estrutura para o desenvolvimento e colocação no mercado de novos produtos, em conjunto com clientes e fornecedores	Rogers, Lambert e Knemeyer (2004)
Gestão de retornos	Inclui atividades relacionadas com retornos e logística reversa	Rogers et al. (2002)

Fonte: adaptado de Lambert, García-Dastugue e Croxton (2005) e Lambert e Enz (2017)

Quadro 2.3 – Descrição sucinta dos processos-chave do *framework* do GSCF

Em comum, os *frameworks* SCOR e do GSCF baseiam-se na implementação de processos de negócios e ambos são utilizados por grandes corporações, tendo sua eficácia devidamente validada. No entanto, eles representam formas distintas de organizar negócios e diferentes abordagens para a gestão da cadeia de suprimentos: o modelo SCOR foca na eficiência transacional e o modelo do GSCF foca na gestão de relacionamentos com clientes e fornecedores, ou seja, orientação para transações no modelo SCOR, *versus* orientação para relacionamentos, no modelo do GSCF (LAMBERT; GARCÍA-DASTUGUE; CROXTON, 2005; LAMBERT; ENZ, 2017).

Para Mohammadi e Mukhtar (2017) o *framework* do GSCF endereça os processos interorganizacionais e intraorganizacionais de forma mais transparente e eficiente do que o modelo SCOR.

2.2.2.3 O *framework* de Soni e Kodali (2013)

Após a análise de 57 *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos publicados em periódicos acadêmicos, Soni e Kodali (2013) verificaram a ocorrência de algumas inconsistências em diversos *frameworks* revisados. Assim, Soni e Kodali (2013) desenvolveram seu *framework* buscando sintetizar os principais construtos identificados em sua revisão e alcançar a coerência no uso de *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos.

O *framework* de Soni e Kodali (2013) foi concebido como a estrutura de uma casa, constituído por três elementos principais: teto, piso e pilares. A missão e a visão da organização são mostradas no teto da casa, significando que missão e visão são o objetivo final a ser atingido por toda organização participante de uma cadeia de suprimentos. Com base nisto, a estratégia competitiva, ou estratégia corporativa de negócio, é formulada, sendo representada na parte inferior da casa. Derivada da estratégia competitiva, a empresa formula sua estratégia da cadeia de suprimentos, que influencia a natureza das atividades e os relacionamentos com todos os membros da cadeia de suprimentos. Os pilares de gestão da cadeia de suprimentos são usados para construir as capacidades da cadeia de suprimentos, que podem levar à realização da missão e da visão da organização. No entanto, isto somente acontecerá se houver coesão entre a estratégia competitiva e a estratégia da cadeia de suprimentos (SONI; KODALI, 2013).

O *framework* de Soni e Kodali está representado na Figura 2.4.

Fonte: adaptado de Soni e Kodali (2013)

Figura 2.4 – Representação do *framework* de gestão da cadeia de suprimentos de Soni e Kodali (2013)

Os nove pilares do *framework* correspondem aos principais elementos constituintes, ou construtos, identificados por Soni e Kodali (2013) na revisão dos 57 *frameworks*. No início foram separados 302 elementos, que após consolidação foram reduzidos para 82 elementos, a seguir classificados em nove categorias, correspondentes aos nove pilares. Nesta classificação os autores foram auxiliados por dois gestores de compras de empresas de manufatura e por um consultor de gestão da cadeia de suprimentos.

Com relação ao pilar de gestão de fornecedores, Soni e Kodali (2013) indicam que a função compras deve ser devidamente considerada para que a gestão da cadeia de suprimentos seja executada com sucesso. A significativa participação dos dispêndios com itens comprados e terceirizados nos custos totais do processo de fabricação, tem levado as empresas a concentrarem cada vez mais interesse no gerenciamento de relações com fornecedores, justificando sua inclusão como um processo-chave no *framework* (SONI; KODALI, 2013).

A seguir abordam-se alguns *frameworks* específicos para gestão da cadeia de suprimentos no setor de serviços.

2.2.2.4 Frameworks para gestão da cadeia de suprimentos no setor de serviços

Nas últimas décadas ocorreu importante mudança na economia da maioria dos países, que deixou de ser predominantemente alicerçada na manufatura para tornar-se baseada em serviços (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). Atualmente, nos Estados Unidos, o setor de serviços emprega aproximadamente 80% da força de trabalho (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014). Em 2015, o setor de serviços gerou 69,0% do produto interno bruto (PIB) da economia mundial e em 2016, produziu 73,3% do PIB no Brasil e 80,2% do PIB no Reino Unido (THE WORLD BANK, 2017c). A área hospitalar se constitui em uma das mais proeminentes áreas do setor de serviços (DOBRZYKOWSKI et al., 2014).

Apesar do enorme crescimento, historicamente o setor de serviços tem recebido menor atenção, porque a economia mundial foi construída com base nos setores de manufatura e de agricultura (ELLRAM; TATE; BILLINGTON, 2007). Isto se reflete na literatura de gestão da cadeia de suprimentos, que é dominada por estudos nos mercados industriais e estudos que focam nas cadeias de bens manufaturados (GIANNAKIS, 2011), de modo que a maioria dos *frameworks* utilizados em serviços foram originalmente concebidos ou derivados de *frameworks* desenvolvidos para o setor de manufatura (THAKUR; ANBANANDAM, 2016).

Embora seja utilizado, o *framework* SCOR não é adequado para uso em cadeias de suprimentos do setor de serviços, principalmente devido ao fato de que a forma como são definidos os processos de fazer, entregar e retornar não tem relevância para o setor de serviços,

porque os serviços não podem ser transportados ou “feitos” da mesma maneira que bens e mercadorias. O foco em manufatura e a ausência de métricas de desempenho e de melhores práticas para trocas de serviços reforçam sua inadequação para aplicação na gestão de cadeias de suprimentos no setor de serviços (GIANNAKIS, 2011; THAKUR; ANBANANDAM, 2016; ELLRAM; TATE; BILLINGTON, 2004).

O *framework* do GSCF parece ser mais apropriado do que o SCOR para utilização em cadeias de suprimentos do setor de serviços, pois os processos que ele considera podem ser encontrados na maioria das cadeias de suprimentos de serviços, exceto os processos de gestão do fluxo de fabricação e de gestão de retornos. Porém, não leva em consideração algumas peculiaridades do contexto de serviços e o impacto que as características de serviços podem causar nos processos de gestão da cadeia de suprimentos (GIANNAKIS, 2011; THAKUR; ANBANANDAM, 2016).

As cadeias de suprimentos de organizações prestadoras de serviço são estruturalmente diferentes das cadeias de suprimentos de empresas de manufatura. Isto decorre das características únicas dos serviços, que os distinguem dos bens, que podem ser sumarizadas em: intangibilidade, os serviços não podem ser vistos, tocados, cheirados ou degustados; ocorre participação do cliente no processo de prestação serviço; simultaneidade, o serviço é produzido e consumido simultaneamente; heterogeneidade, diferentes expectativas e percepções de diferentes clientes dificultam a padronização dos serviços; perecibilidade, os serviços não podem ser estocados e uma capacidade de produção não utilizada é perdida para sempre; e os serviços são intensivos em mão de obra, sendo que os recursos humanos exercem uma função central, com extraordinário impacto nas operações de serviços. Estas diferenças estruturais demandam um *framework* distinto para a cadeia de suprimentos de operações de serviços (BALTACIOGLU et al. 2007; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2014).

As características distintas das operações de serviços contribuem para trazer à prestação de serviços de saúde um elevado nível de complexidade. Os clientes são os próprios pacientes, que muitas vezes dependem de atendimento rápido e eficaz para sobreviver; as dificuldades típicas de gerir a demanda das operações de serviços, resultantes das características de simultaneidade e perecibilidade, são ampliadas nos hospitais devido à imprevisibilidade de ocorrência de casos graves; a natureza intangível dos serviços resulta em forte dependência da atuação do profissional de saúde na execução do serviço médico, trazendo desafios aos gestores hospitalares para o estabelecimento de padrões e na capacitação de recursos humanos, que são aspectos críticos para prestação de serviços de qualidade adequada, para atender às expectativas

de um perfil heterogêneo de clientes (ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011; BALTACIOGLU et al., 2007).

Assim, passou-se a desenvolver *frameworks* específicos para uso em cadeias de suprimentos de serviços e de organizações hospitalares. Um dos primeiros e mais relevantes *frameworks* concebidos para este fim foi proposto por Ellram, Tate e Billington (2004).

2.2.2.5 O *framework* de Ellram, Tate e Billington (2004) – Services Supply Chain Model

Comparando e contrastando a aplicabilidade dos *frameworks* do Global Supply Chain Forum, SCOR e Hewlett Packard's Supply Chain Management Model, este último proposto por Lee e Billington (1995), Ellram, Tate e Billington (2004) desenvolveram o *framework* Services Supply Chain Model, com foco na prestação de serviços profissionais, uma categoria ampla que abrange a prestação de serviços de consultoria nas áreas de administração de negócios, engenharia, contabilidade, tecnologia de informação, dentre outros.

Representado na Figura 2.5, o *framework* Services Supply Chain Model define como aspectos críticos na gestão da cadeia de suprimentos de serviços o fluxo de informações e seis processos-chave: gestão de capacidades e habilidades, gestão da demanda, gestão de relacionamento com fornecedores, gestão de relacionamento com clientes, gestão da entrega de serviços e gestão de fluxo de caixa.

Fonte: adaptado de Ellram, Tate e Billington (2004)

Figura 2.5 – Representação do *framework* Services Supply Chain Model

Os processos apresentados no *framework* representam a situação ideal. O cliente tem um grande impacto no desempenho da cadeia de suprimentos de serviços e se caracteriza como uma fonte de incerteza, causando grande impacto no fluxo de informações, na capacidade e na demanda da empresa provedora de serviços. Além disso, o cliente afeta diretamente as relações da organização com seus fornecedores, as interfaces com gestão de entrega de serviços e afeta diretamente o nível e o tempo dos fluxos de caixa recebidos. Assim, os compradores de serviços devem estar atentos ao impacto de suas atividades na cadeia de suprimentos de seus fornecedores de serviços. Cada um desses processos, se realizado corretamente, reduz a incerteza intrínseca da cadeia de suprimentos, levando a melhores resultados (ELLRAM; TATE; BILLINGTON, 2004).

No entanto, a cadeia de suprimentos de serviços ideal não é realmente executada, devido principalmente a fatores como: muitos acordos de fornecimento de serviços são executados sem especificações claras, usualmente é difícil desenvolver especificações de serviços, ocorrem oportunidades para os fornecedores de serviços obterem benefícios de forma injusta e acontece falta de reconhecimento da existência de problemas na gestão de serviços, dentre outros fatores (ELLRAM; TATE; BILLINGTON, 2004).

A gestão de relacionamento com fornecedores é estabelecida por Ellram, Tate e Billington (2004) como um processo-chave para a gestão da cadeia de suprimentos do setor de serviços. Ellram, Tate e Billington (2004) apontam a necessidade de estabelecer acordos de nível de serviços claros com os fornecedores. A gestão de entrega de serviços está estreitamente interligada com a gestão de relacionamento com fornecedores, que deve assumir o controle para garantir que as demandas contratuais e os acordos de nível de serviço sejam devidamente atendidos (ELLRAM; TATE; BILLINGTON, 2004).

São apontadas algumas limitações do *framework* Services Supply Chain Model: não abrange gestão do conhecimento, desenvolvimento de serviços e inovação, gestão de desempenho e gestão de eventos (THAKUR; ANBANANDAM, 2016).

O *framework* de Ellram, Tate e Billington (2004) serviu como inspiração para o desenvolvimento de um *framework* específico para a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar, concebido por Baltacioglu et al. (2007), que é abordado a seguir.

2.2.2.6 O *framework* de Baltacioglu et al. (2007) – IUE-SSCM

O *framework* de Baltacioglu et al. (2007) foi denominado de *framework* IUE-SSCM, indicando que trata-se de uma derivação do *framework* Service Supply Chain Model (SSCM), desenvolvida por acadêmicos da Izmir University of Economics (IUE), localizada na Turquia.

O *framework* IUE-SSCM cobre três unidades básicas na cadeia: o fornecedor, o provedor de serviços e o cliente. O provedor de serviços é a unidade focal que realiza o serviço; o fornecedor é a organização que supre serviços adicionais para o provedor de serviços, ou diretamente para o cliente do provedor, quando os serviços contribuem diretamente para a produção do serviço principal. O cliente e o consumidor final são a mesma pessoa, identificada no *framework* como consumidor, que se encontra envolvida junto com o prestador no processo de produção do serviço (BALTACIOGLU et al., 2007).

Considerando que administrar o fluxo de informação entre as unidades da cadeia é fundamental para as cadeias de suprimentos do setor de serviços, o *framework* de Baltacioglu et al. (2007) estabelece os seguintes processos-chave para a gestão da cadeia de suprimentos de serviços: gestão da demanda, gestão da capacidade e de recursos¹, gestão do relacionamento com clientes, gestão do relacionamento com fornecedores, gestão de processos de pedidos, gestão do desempenho de serviços e gestão do fluxo de informação e da tecnologia de informação. O *framework* IUE-SSCM está representado na Figura 2.6.

Fonte: adaptado de Baltacioglu et al. (2007)

Figura 2.6 – Representação do *framework* IUE-SSCM

¹ Baltacioglu et al. (2007) definem que recursos incluem: bens tangíveis para a produção de serviços, mão de obra, capital e outros serviços terceirizados para fornecedores.

Baltacioglu et al. (2007) propõem que a aplicação do *framework* IUE-SSCM em organizações hospitalares deve resultar em benefícios como melhoria de desempenho e redução de custos nas instituições hospitalares e discutem aspectos relacionados a cada um dos processos-chave abordados no *framework*.

A gestão de relacionamento com fornecedores é considerada por Baltacioglu et al. (2007) como vital para as cadeias de suprimentos de serviços de saúde. Devido à natureza do processo de entrega de serviços, os fornecedores têm um papel de grande relevância: qualquer falha pode gerar riscos para a saúde dos pacientes. Portanto, a manutenção de relacionamentos "saudáveis" com fornecedores surge como uma das tarefas críticas para o setor de saúde. Em função da estrutura complexa e interdependente das relações fornecedor-comprador na cadeia de suprimentos hospitalar, a gestão de relacionamento com fornecedores contribui diretamente para o desempenho dos serviços ao paciente e desempenha um papel fundamental na gestão e manutenção do sistema hospitalar (BALTACIOGLU et al., 2017).

No setor de serviços, a gestão de relacionamento com fornecedores é incontestavelmente crítica e, quando bem sucedida, habilita as organizações provedoras de serviços a criar e entregar serviços de forma mais rápida e com menor custo total. Desta forma, devem ser construídos relacionamentos sustentáveis com os fornecedores, baseados em confiança, colaboração e capacidade de resposta (BALTACIOGLU et al., 2017).

Discutem-se a seguir algumas recomendações para a elaboração de *frameworks* para tópicos de gestão da cadeia de suprimentos.

2.2.3 Recomendações para construção de *frameworks* para gestão da cadeia de suprimento

Após revisarem 57 *frameworks* para gestão da cadeia de suprimentos publicados na literatura acadêmica, Soni e Kodali (2013) indicaram a ocorrência de algumas inconsistências, como negligência dos pesquisadores em adaptar *frameworks* existentes, participação limitada de profissionais do meio empresarial no desenvolvimento de *frameworks* e incoerência na utilização de construtos nos *frameworks*. Desta forma, Soni e Kodali (2013) apresentam as seguintes recomendações para que sejam evitadas inconsistências na proposição de novos *frameworks* para tópicos de gestão da cadeia de suprimentos.

- **Construir novos *frameworks* a partir de *frameworks* já existentes**

Existem vários *frameworks* sobre tópicos de gestão da cadeia de suprimentos disponíveis na literatura, com escopo suficiente para que os pesquisadores aproveitem estes *frameworks* e efetuem o desenvolvimento dos mesmos. A principal vantagem associada à

construção de novos *frameworks* a partir dos já existentes é que isto ajuda na consolidação das fronteiras da disciplina de gestão da cadeia de suprimentos e, em consequência, na construção de uma teoria coerente (SONI; KODALI, 2013).

- **Desenvolver novos *frameworks* em colaboração com profissionais do meio empresarial**

A colaboração de gestores e de consultores de gestão da cadeia de suprimentos pode trazer sentido prático aos *frameworks*. A participação conjunta de acadêmicos e de profissionais do meio empresarial tem grande potencial para gerar *frameworks* com fundamentação teórica sólida, senso prático e que sejam amplamente aceitos.

- **Buscar coerência na proposição dos construtos utilizados para criar os *frameworks***

Soni e Kodali (2013) verificaram que ocorreram diversas incoerências nos elementos (ou construtos) utilizados nos *frameworks* revisados. Para o amadurecimento da gestão da cadeia de suprimentos como disciplina, faz-se necessário o uso de um conjunto coerente de construtos. Embora haja diversidade de focos e de tópicos abordados pelos *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos, se a análise de componentes principais de todos os construtos for realizada, provavelmente um conjunto definitivo de construtos principais será alcançado, englobando outros elementos ou subelementos. Esta prática certamente irá melhorar o entendimento dos pesquisadores sobre os elementos principais de gestão da cadeia de suprimentos, com consequente uso na construção de novos *frameworks* (SONI; KODALI, 2013).

- **Incluir nos *frameworks* a necessidade de haver coesão entre estratégias competitiva e de gestão da cadeia de suprimentos**

Soni e Kodali (2013) ressaltam que os *frameworks* devem prescrever a necessidade de concordância entre a estratégia competitiva e a estratégia de gestão da cadeia de suprimentos, condição essencial para que os objetivos estratégicos da organização sejam atingidos.

- **Realizar validação prática dos novos *frameworks***

A não validação de *frameworks* aumenta a lacuna entre a teoria e prática, de forma que a validação de *frameworks* é efetivamente necessária, exceto nos casos em que o objetivo da pesquisa seja de construir teoria pura ou propor um conceito abstrato em gestão da cadeia de suprimentos (SONI; KODALI, 2013).

Estudo de caso é o método de pesquisa mais comumente utilizado para validação de *frameworks* em gestão da cadeia de suprimentos. Dos 57 *frameworks* analisados por Soni e

Kodali (2013), apenas 36 foram validados, dos quais em 29, equivalente a aproximadamente 80% do total, utilizou-se estudo de caso como método de pesquisa para validação.

Desta forma, ficando devidamente caracterizada a relevância da gestão de relacionamento com fornecedores, tanto nas definições quanto nos *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos, dirige-se o foco no próximo tópico para a gestão estratégica de compras, que corresponde a última etapa da fundamentação conceitual necessária para a abordagem da gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares.

Revisão de literatura – Parte C

2.3 Gestão estratégica de compras

2.3.1 A evolução da função compras nas organizações

Até a década de 1970, compras era vista como uma função passiva pela alta administração das organizações, sendo descrita como uma atividade estritamente administrativa, sem conotação estratégica. Porter (1975)² apud Ellram e Carr (1994) identificou compradores e fornecedores como duas das cinco forças críticas que moldam a natureza competitiva da indústria, marcando o início do reconhecimento da importância estratégica de fornecedores e da função compras para as organizações (ELLRAM; CARR, 1994).

A década de 1980 foi um período de mudança de atitudes em relação ao papel de compras na estratégia empresarial. Embora vários autores indicassem os benefícios de maior envolvimento estratégico da função compras, poucos resultados práticos apareceram até o final desta década (ELLRAM; CARR, 1994).

A conjuntura econômica existente no final da década de 1980 influenciou o reconhecimento da relevância do papel de compras e os seguintes fatores contribuíram para a valorização da função compras: aumento da participação dos itens comprados no custo total de produção; impactos da globalização que incrementou a complexidade do ambiente de negócios, ampliou as opções de fornecimento (*global sourcing*) e aumentou a competição nos mercados e os riscos de ruptura nas operações das empresas; a conscientização de que estratégias globais de marketing e manufatura requerem igual abordagem para suprimentos e o reconhecimento de que a qualidade superior dos produtos é um fator decisivo para o sucesso de uma empresa, tornando evidente a importância da melhoria das atividades de compras nas organizações (SPEKMAN, 1988).

Na década de 1990 foi comprovado que a função compras deveria ser vista como um componente-chave para a competitividade da empresa, devendo ser envolvida no mais alto nível da formulação da estratégia empresarial e da tomada de decisão. Então, passou-se a recomendar aos gestores de compras a empreender ações para interligar os objetivos da área de compras com as estratégias empresariais, desenvolver relações próximas com os fornecedores-

² Porter, M. E. Note on the Structural Analysis of Industries. Harvard Business School Background Note 376-054, September 1975. (Revised June 1983). 1975.

chave e integrar ativamente a área de compras com as demais áreas organizacionais (CARTER; NARASIMHAN, 1996a).

Posteriormente, mostrou-se que relações estratégicas de longo prazo com fornecedores-chave podem ter impacto positivo no desempenho financeiro da empresa (CARR; PEARSON, 1999) e confirmou-se que a atuação estratégica de compras pode contribuir diretamente nos resultados financeiros da empresa, assim como para aprimorar a performance operacional da organização, por meio da melhoria na capacidade de resposta ao cliente (CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004).

Como a maioria das empresas gastam mais da metade da receita de vendas em itens comprados, relacionamentos efetivos e construtivos com fornecedores são fundamentais para a posição financeira da organização no curto prazo, e para a competitividade, no longo prazo (VAN WEELE, 2014).

A atuação estratégica da função compras, através do desenvolvimento de relações próximas e de longo prazo com um número limitado de fornecedores, pode gerar vantagens competitivas à empresa compradora (CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004). Os estudos de Bernardes (2010) e Ketchen, Crook e Craighead (2014) confirmam o potencial de geração de vantagens competitivas sustentáveis pela atuação estratégica da função compras nas organizações.

Tchokogué, Nollet e Robineau (2017) propõem classificar a evolução das contribuições estratégicas da área de compras em três categorias: categoria I: suporte às metas de melhoria organizacional; categoria II: suporte à vantagem competitiva organizacional; categoria III: fonte de vantagem competitiva sustentável. As contribuições da categoria I passaram a ser reconhecidas no início da década de 1980 e o domínio deste tipo de contribuição é considerado como requisito para alcançar contribuições das categorias seguintes. O reconhecimento das contribuições das categorias II e III passou a ocorrer, de modo progressivo, a partir da década de 1990 (TCHOKOGUÉ; NOLLET; ROBINEAU, 2017).

É necessário que os gestores de compras expandam seus conhecimentos e desenvolvam suas competências, para tornarem-se *players* estratégicos e possibilitar que a função compras contribua estrategicamente para o sucesso da organização (TCHOKOGUÉ; NOLLET; ROBINEAU, 2017).

A evolução da função compras levou ao desenvolvimento de diversos conceitos, que são discutidos a seguir.

2.3.2 Compras, procurement, sourcing e strategic sourcing

A função compras engloba o processo de compra, incluindo as atividades de determinar a necessidade de compra, selecionar o fornecedor, obter o preço adequado, estabelecer os termos e condições de aquisição, emitir o pedido ou contrato de compra e acompanhar o fornecimento para assegurar a entrega e o pagamento (VAN WEELE, 2014).

Van Weele (2014, tradução nossa) define compras como:

A gestão dos recursos externos da empresa, de tal modo que o fornecimento de todos os bens, serviços, capacidades e conhecimentos que são necessários para executar, manter e administrar as atividades primárias e de suporte da empresa são asseguradas nas condições mais favoráveis.

A Figura 2.7 ilustra esquematicamente as atividades cobertas pela função compras, em um modelo denominado por Van Weele (2014) como modelo do processo de compra.

Fonte: adaptado de Van Weele (2014)

Figura 2.7 – Representação do modelo do processo de compra

*Procurement*³ é o gerenciamento de uma ampla gama de processos que estão associados ao desejo de uma organização de obter os bens e serviços necessários para a fabricação de um produto, transformação de insumos em resultados ou operação indireta da organização (WALLACE; CHIA, 2014). *Procurement* inclui todas as atividades requeridas para obter um produto⁴, desde o fornecedor até sua destinação final, englobando a função compras,

³ Optou-se por não traduzir o termo *procurement* por não ter-se encontrado uma palavra em português que possa representar o mesmo significado do termo em inglês, considerando a abrangência dos processos englobados nas definições apresentadas.

⁴ Produto refere-se ao item a ser adquirido, podendo ser uma matéria-prima, um material, um serviço ou um insumo, para ser utilizado na organização.

armazenagem, transporte, inspeção de recebimento e controle de qualidade (VAN WEELE, 2014) e os processos relacionados com as atividades de *sourcing* de produtos e serviços, seleção de fornecedores, negociação de preços e termos, gerenciamento de transações e contratos, gerenciamento de desempenho de fornecedores e questões de sustentabilidade de fornecedores (WALLACE; CHIA, 2014). *Procurement* baseia-se no custo total de propriedade, que refere-se ao custo total que ocorrerá ao longo do ciclo de vida de determinado produto a ser comprado (VAN WEELE, 2014).

O processo de *sourcing*⁵ refere-se a estabelecer a mais adequada estratégia de suprimento para uma determinada *commodity* ou categoria de produto. *Sourcing* inclui as atividades realizadas para encontrar, selecionar, contratar e gerenciar a melhor fonte possível de suprimento, em uma base global de fornecimento (VAN WEELE, 2014).

Entende-se como categoria de *sourcing* (ou categoria de compra) uma família específica de produtos ou serviços (MONCZKA et al.; 2015) ou um grupo de produtos similares (VAN WEELE, 2014).

Strategic sourcing é um dos principais conceitos contemporâneos relacionados a compras. Para Carter e Narasimhan (1996b), *strategic sourcing* refere-se à evolução estratégica das prioridades de *sourcing* para proativamente suportar e gerar vantagens competitivas para a organização. Narasimhan e Das (1999) propõem definir *strategic sourcing* como o processo de projetar e gerir o uso das competências do fornecedor para atingir objetivos de flexibilidade, através do estabelecimento de relacionamentos com fornecedores com capacidade de resposta rápida, incorporando suas competências tecnológicas nas estratégias de projeto, engenharia e manufatura.

Alleijn, Baarspul e Plante (2013) definem *strategic sourcing* como a parte do processo de *procurement* que continuamente melhora e reavalia as atividades de compras de uma empresa. Conforme Ketchen, Crook e Craighead (2014), *strategic sourcing* refere-se a tomar decisões de gestão de suprimentos com o objetivo de criar valor distinto e alcançar vantagem competitiva.

O conceito de *strategic sourcing* tem evoluído ao longo das duas últimas décadas (CHIANG; KOCABASOGLU-HILLMER; SURESH, 2012). *Strategic sourcing* pode ser definido como o processo de projetar e gerenciar redes de suprimentos de modo alinhado com os objetivos de desempenho organizacional e operacional, e sua implementação é determinada

⁵ De forma análoga ao termo *procurement*, optou-se por não traduzir o termo *sourcing*, por não ter-se identificado uma palavra em português com o mesmo significado do termo em inglês.

pela realização de compras estratégicas, integração interna, compartilhamento de informações e desenvolvimento de fornecedores (KOCABASOGLU; SURESH, 2006; CHIANG; KOCABASOGLU-HILLMER; SURESH, 2012).

Strategic sourcing é um processo amplo e transformacional, realizado em um nível organizacional superior. Examina a cadeia de suprimentos, seus vínculos e como eles afetam decisões de compras e de *procurement*. Tem foco na primeira camada de fornecedores e busca criar valor, reduzir risco e incerteza na cadeia de suprimentos e melhorar a capacidade de resposta global e a resiliência da cadeia de suprimentos (WALLACE; CHIA, 2014).

Alguns métodos para implementação de *strategic sourcing* serão discutidos no item 2.3.7, após a abordagem de conceitos fundamentais de gestão estratégica de compras.

2.3.3 Rede de suprimentos e base de fornecimento

Para apresentar o conceito de rede de suprimentos, inicialmente define-se sistema de valor como a rede de empresas envolvidas na produção e entrega de uma oferta a um consumidor final (PORTER, 1992).

Rede de suprimentos é a rede de empresas que existe a montante de qualquer empresa focal em um sistema de valor (PORTER, 1992). A rede de suprimentos inclui todas as empresas que tomam parte direta ou indiretamente no fornecimento de insumos industriais para uma empresa focal, com ou sem o conhecimento da empresa focal (CHOI; DOOLEY; RUNGTUSANATHAM, 2001). Deste modo, fornecedores de terceira e quarta camadas, com os quais a empresa focal não tem contato direto e dos quais a empresa focal nem mesmo está ciente, fazem parte da rede de suprimentos da empresa focal (CHOI; KRAUSE, 2006).

As redes de suprimentos se estruturam como sistemas complexos adaptativos, que evoluem espontaneamente, fazendo com que muitas ocorrências nas redes de suprimentos estejam fora do controle da organização focal (CHOI; DOOLEY; RUNGTUSANATHAM, 2001). Por exemplo, um fornecedor da terceira camada pode decidir trocar de fornecedores, sem o conhecimento da empresa focal, trazendo impactos à empresa focal (CHOI; KRAUSE, 2006).

A base de fornecimento⁶ da empresa focal são os fornecedores que são ativamente gerenciados através de contratos e da compra de matérias-primas, materiais, insumos e serviços

⁶ Também denominada como base de suprimentos, ou base de fornecedores, sempre com o mesmo significado.

pela empresa focal. A base de suprimentos é a parcela de fornecedores da rede de suprimentos que está dentro do controle gerencial da organização focal (CHOI; KRAUSE, 2006).

A base de fornecimento não é composta apenas por fornecedores da primeira camada. Dependendo de políticas e de estratégias de gestão, a base de suprimentos pode incluir fornecedores de segunda e terceira camadas. Os fornecedores que estão sendo geridos pela empresa focal, não necessariamente suprem bens e serviços diretamente para a organização focal, podem suprir outros fornecedores na base de suprimentos da organização focal (CHOI; HONG, 2002).

2.3.4 Estratégias de compras

Há vários níveis de estratégias nas organizações. No primeiro nível está a estratégia corporativa, no segundo nível situa-se a estratégia competitiva e em terceiro nível estão as estratégias funcionais, dentre as quais insere-se a estratégia de compras (CORRÊA, 2010; WATTS; KIM; HAHN, 1995; SONI; KODALI, 2013; HESPING; SCHIELE, 2015).

A estratégia corporativa refere-se ao padrão de decisões de uma empresa que determina e revela suas metas e objetivos, produz as principais políticas e planos para atingir estes objetivos e define a gama de negócios que a empresa busca, o tipo de organização que pretende ser e as contribuições que objetiva fazer para seus acionistas, funcionários, clientes e comunidades (WATTS; KIM; HAHN, 1995). A estratégia corporativa de forma isolada aplica-se para corporações com várias unidades de negócio e quando a empresa possui uma única unidade de negócios, a estratégia corporativa se funde com a estratégia competitiva (CORRÊA, 2010).

A estratégia competitiva é uma combinação entre as metas que a empresa está se esforçando para atingir e os meios pelos quais ela irá competir no mercado (WATTS; KIM; HAHN, 1995). A partir da determinação da estratégia competitiva definem-se as estratégias funcionais específicas para as diversas áreas funcionais, tais como estratégia de compras, de marketing, de finanças, de operações etc., as quais devem ser coerentes e alinhadas entre si, com a estratégia competitiva e com a estratégia corporativa (WATTS; KIM; HAHN, 1995; CORRÊA, 2010; SONI; KODALI, 2013).

A estratégia de compras pode ser vista como o padrão de decisões relacionadas com a aquisição de materiais e serviços necessários para apoiar as atividades de operações da empresa. As estratégias de compras abrangem as decisões de seleção e de gestão de relacionamento com fornecedores, realizadas em apoio à estratégia competitiva da organização. A implementação da estratégia de compras não é necessariamente realizada de maneira linear, em uma única

abordagem, mas através de várias iterações, com base em tentativa e erro, e em determinadas situações, pode levar a reavaliação destas estratégias (WATTS; KIM; HAHN, 1995; TERPEND; KRAUSE; DOOLEY, 2011).

A formulação de uma única estratégia global para a função compras é uma tarefa difícil. Em vez disso, pode ser aplicado um conjunto diversificado de estratégias e táticas para um conjunto diversificado de compras e fornecedores. O desenvolvimento de estratégias de compra pode ser abordado de modo abrangente pela aplicação de um modelo hierárquico de diferenciação, integrado em diferentes níveis de análise (HESPING; SCHIELE, 2015; NOLLET; PONCE; CAMPBELL, 2005).

Hesping e Schiele (2015) sugerem que o desenvolvimento e execução de estratégias de compras seja efetuado conforme a seguinte hierarquia de estágios: (1) definição das estratégias corporativa e competitiva da organização; (2) elaboração da estratégia funcional de compras, usada para determinar os recursos e as políticas gerais de compra, para guiar a empresa nas atividades de compra; (3) proposição de estratégias das categorias de compras para os vários mercados de suprimentos; (4) determinação do conjunto de táticas (chamadas de alavancas de compras) e das ferramentas que serão usadas para as diferentes categorias; e (5) definição das estratégias para cada fornecedor, para todas as categorias de compras, que visam determinar a abordagem a ser adotada para cada fornecedor.

2.3.5 Classificação e segmentação da base de fornecedores

A base de fornecedores tornou-se um recurso importante para as empresas, aumentando a necessidade de maior conhecimento sobre como conduzir diferentes relações com fornecedores. Como nem todos os fornecedores devem ser tratados do mesmo modo, é necessário diferenciar relações, requerendo algum tipo de classificação entre fornecedores. A classificação da base de fornecedores possibilita que uma estratégia específica possa ser desenvolvida para cada categoria. Na literatura, foram propostas muitas maneiras para categorizar ou classificar a base de fornecedores (LILLIECREUTZ; YDRESKOG, 2001).

A segmentação de fornecedores apoia o processo de tomada de decisões estratégicas sobre como uma empresa interage com sua base de fornecimento. A segmentação depende do critério de classificação para avaliar ou definir segmentos de fornecedores com características comuns (DAY; MAGNAN; MOELLER, 2010).

A decisão de investir no relacionamento com fornecedores é um passo importante para uma organização, que deve alocar seus limitados recursos humanos, financeiros e técnicos de

forma seletiva, priorizando os relacionamentos que espera gerar os maiores retornos (CHOI; KRAUSE, 2006).

A segmentação estratégica da base de fornecedores é um requisito para determinar a direção futura nas quais diferentes relações com fornecedores podem evoluir e constitui-se em importante recurso de entrada operacional do *strategic sourcing* (DAY; MAGNAN; MOELLER, 2010). A segmentação desempenha um papel crítico na vinculação de recursos operacionais da empresa com a gestão de suprimentos, para explorar oportunidades estratégicas para a criação de valor com fornecedores (TURNBULL, 1990).

A saída de um modelo de segmentação é uma avaliação da base de fornecimento que pode servir para diversos propósitos: em nível tático, pode ajudar nas decisões de seleção de fornecedores de produtos e serviços ou para a alocação de recursos internos; pode ser integrado no processo de tomada de decisão sobre investimentos em relacionamentos com fornecedores, para obtenção de vantagem competitiva através de trabalho conjunto; e, através de uma melhor compreensão de sua posição nos mercados, a empresa pode reduzir as chances de oportunismo provenientes de condições de mercado imperfeitas, sob circunstâncias de assimetria de informação (DAY; MAGNAN; MOELLER, 2010).

Em uma perspectiva de longo prazo, os exercícios de segmentação podem ser usados para acompanhar o progresso de um relacionamento ao longo do tempo e para apoiar análises de natureza estratégica sobre produtos e mercados que a empresa escolhe para posicionar-se no futuro (DAY; MAGNAN; MOELLER, 2010).

2.3.6 Métodos para segmentação de categorias de compra e de fornecedores

Ao longo dos anos, os pesquisadores vêm desenvolvendo vários sistemas de classificação, usualmente denominados como tipologias de relacionamentos, para categorizar as relações entre compradores e fornecedores. As tipologias são baseadas em alguns atributos principais que podem caracterizar as relações, auxiliando os gestores de organizações a distinguir os relacionamentos em sua cadeia de suprimentos. O conhecimento das tipologias de relacionamento é muito útil aos gestores de compras, provendo modelos analíticos para avaliação de relacionamentos, segmentação de fornecedores e gestão do portfólio de fornecedores (TANGPONG et al., 2015; TANGPONG; MICHALISIN; MELCHER, 2008; TONG et al., 2008).

Os relacionamentos entre compradores e fornecedores podem ser classificados em duas tipologias principais: relacionamentos baseados em poder-dependência e relacionamentos baseados em atributos relacionais. Os atributos relacionais e de poder-dependência são

importantes para o funcionamento das relações entre comprador e fornecedor, porque podem influenciar dinâmicas críticas para o desempenho das empresas, tais como controle, cooperação, exploração de poder e prevenção de oportunismo de fornecedores (TANGPONG et al., 2015; TANGPONG; MICHALISIN; MELCHER, 2008).

Dentre os principais aspectos focados pelos relacionamentos fundamentados em atributos relacionais, incluem-se esforços de cooperação, normas de relacionamento, confiança, compromisso e integração nas relações entre comprador e fornecedor. Por outro lado, as relações com base em poder-dependência são cotidianamente praticadas pela maioria das organizações em suas transações de negócio, caracterizando-se como uma questão fundamental na cadeia de valor das empresas (TANGPONG et al., 2015).

Tangpong et al. (2015) apontam os trabalhos mais relevantes publicados na literatura acadêmica, nas duas vertentes mencionadas. No presente estudo, apresenta-se uma síntese de dois trabalhos da categoria de relacionamentos baseados em atributos relacionais, Dyer, Cho e Chu (1998), resumido a seguir, e o modelo de parceria do Global Supply Chain Forum, que se será focado no tópico 2.4.3.6a; e dois estudos da categoria de relacionamentos baseados em poder-dependência, Kraljic (1983) e Bensaou (1999), discutidos nos tópicos 2.3.6.1 e 2.3.6.2.

Em resumo, Dyer, Cho e Chu (1998) recomendam que para otimizar a eficácia da área de compras, as organizações devem segmentar estrategicamente seus fornecedores em parceiros estratégicos e fornecedores convencionais, de modo a alocar níveis diferentes de recursos para cada grupo. Os escassos recursos disponíveis devem ser priorizados para os parceiros estratégicos, que fornecem itens de alto valor e que possuem papel importante na diferenciação do produto final do comprador. Dyer, Cho e Chu (1998) indicam que deve-se manter alto nível de comunicação com estes fornecedores, prover apoio gerencial, intercambiar funcionários, efetuar investimentos e dispendar esforços para garantir que eles tenham competências de classe mundial. Por outro lado, não é necessário alocar recursos significativos para administrar os fornecedores convencionais, que suprem itens padronizados e que não contribuem para a diferenciação do produto final. O relacionamento com tais fornecedores deve ser caracterizado por pouco contato pessoal, assistência e investimento reduzidos e frequentes comparações de preços, buscando-se minimizar os custos totais de aquisição, que incluem preço unitário e custos administrativos (DYER; CHO; CHU, 1998).

A perspectiva de portfólio de compras é uma das utilizadas no enfoque poder – dependência (GELDERMAN; VAN WEELE, 2005).

O conceito de portfólio foca nas interdependências entre as diferentes decisões de gestão e enfatiza uma abordagem integrada para a administração de várias unidades de negócios da

empresa, para alcançar objetivos de longo prazo. O conceito foi desenvolvido para aplicações em estratégia corporativa, planejamento de produto, segmentação de clientes e gestão de fornecedores (TURNBULL, 1990).

Um dos principais focos da literatura de compras tem sido em encontrar maneiras de classificar variados tipos de compras para ajudar os compradores a gerenciar grandes portfólios de compras. Esta necessidade de orientação estratégica levou à criação de vários métodos prescritivos projetados para separar itens em tipos mutuamente exclusivos para prover recomendações baseadas na natureza do item comprado e nas condições do mercado fornecedor (TERPEND; KRAUSE; DOOLEY, 2011).

A abordagem de portfólio em compras é usualmente composta por três passos. No primeiro efetua-se uma análise dos itens adquiridos e suas classificações. No segundo passo, analisa-se o tipo de relacionamento requerido com os fornecedores para obtenção dos itens necessários. Na terceira etapa são estabelecidos os planos de ação para correlacionar os itens a serem adquiridos com os relacionamentos a serem desenvolvidos com os fornecedores (NELLORE; SODERQUIST, 2000; OLSEN; ELLRAM, 1997).

Portfólios de compras são frequentemente considerados como ferramentas valiosas para o desenvolvimento de estratégias de compra e gestão de fornecedores. Com base em uma pesquisa com profissionais de compras, Gelderman e Van Weele (2005) obtiveram evidências de que o uso de portfólio está associado com sofisticação na gestão de compras. Os usuários de portfólios de compras contrastam de forma positiva com os não usuários, especialmente com relação ao profissionalismo (habilidades) e sua posição hierárquica dentro das empresas. A aplicação das técnicas de portfólio demanda habilidades que ultrapassam as competências administrativas tradicionais de compras, além de requerer que os gestores de compra ocupem uma posição diferenciada na estrutura organizacional (GELDERMAN; VAN WEELE, 2005).

Kraljic (1983) introduziu a primeira abordagem de portfólio para uso em gestão de compras. Após o trabalho seminal de Kraljic (1983), outros autores propuseram métodos similares, embora existam mais semelhanças do que diferenças em comparação com a matriz original de Kraljic (GELDERMAN; VAN WEELE, 2005).

2.3.6.1 O método de Kraljic (1983)

Conforme Kraljic (1983), a necessidade de uma empresa estabelecer uma estratégia de suprimento depende de dois fatores: da importância estratégica da compra em termos de valor agregado por linha de produto, avaliada através da porcentagem de matérias-primas nos custos totais e seu impacto sobre a rentabilidade; e da complexidade do mercado de fornecimento

medida pela escassez de oferta, pelo ritmo de substituição da tecnologia e/ou de materiais, pelas barreiras de entrada, pelo custo logístico e pela existência de monopólio ou oligopólio.

Através da avaliação da situação da empresa em relação a estes dois fatores, a alta administração e os gerentes sêniores de compras podem determinar o tipo de estratégia de suprimento que a organização necessita, seja para explorar seu poder de compra ou para reduzir riscos (KRALJIC, 1983).

Kraljic (1983) propõe uma abordagem composta por quatro estágios para uma empresa criar estratégias de suprimento: inicialmente classifica-se todos os itens comprados em termos de impacto nos lucros e risco de fornecimento, em seguida, analisa-se o mercador fornecedor para estes itens. A partir daí, determina-se a estratégia geral de suprimento e desenvolvem-se as estratégias das categorias de suprimento e os planos de ação. Estes quatro estágios são resumidos a seguir.

Estágio 1: Classificação

O impacto sobre o lucro de um determinado item pode ser definido em termos do volume comprado do item em relação ao custo total de compra, ou relativamente ao impacto na qualidade do produto, ou, ainda, em relação ao crescimento do negócio. O risco de suprimento é avaliado em termos da disponibilidade do item, do número de fornecedores, da demanda competitiva, da oportunidade de fazer ou comprar, dos riscos de armazenagem e da possibilidade de substituição (KRALJIC, 1983).

Usando esses critérios, a empresa classifica todos os seus itens comprados nas seguintes categorias: estratégico (impacto no lucro elevado, alto risco de suprimento), gargalo (baixo impacto no lucro, elevado risco de suprimento), alavancagem (impacto de lucro elevado, baixo risco de suprimento) e não-crítico (baixo impacto no lucro, baixo risco de suprimento). Cada categoria requer uma abordagem de compra distinta, cuja complexidade é proporcional às implicações estratégicas (KRALJIC, 1983).

Estágio 2: Análise de mercado

A organização compara o poder de barganha de seus fornecedores em relação ao seu poder de barganha, como cliente. Em seguida, analisa sistematicamente o mercado de suprimento, avaliando a disponibilidade de materiais estratégicos em termos de qualidade e quantidade, e o poder relativo dos fornecedores existentes. Então, analisa suas próprias necessidades e linhas de suprimento para avaliar sua capacidade para obter as condições de fornecimento que almeja (KRALJIC, 1983).

Tendo como referências o poder do fornecedor e o poder da empresa compradora, Kraljic (1983) propõe dez critérios para avaliação do portfólio de compras.

Estágio 3: Posicionamento estratégico

A empresa posiciona os materiais identificados como estratégicos na matriz do portfólio de compras, que considera em seu eixo vertical o poder do mercado fornecedor e no eixo horizontal, o poder da empresa compradora, conforme mostrado na figura 2.8. As células da matriz do portfólio de compras correspondem as três categorias básicas de risco (KRALJIC, 1983).

Poder dos fornecedores	alto	Diversificar	Diversificar	Balancear
	médio	Diversificar	Balancear	Explorar
	baixo	Balancear	Explorar	Explorar
		baixo	médio	alto
		Poder da empresa compradora		

Fonte: adaptado de Kraljic (1983)

Figura 2.8 – Representação da matriz do portfólio de compras

Para os itens em que a empresa compradora tem um papel dominante no mercado e a força dos fornecedores é baixa ou média, recomenda-se adotar a linha estratégica “explorar”. Como o risco é baixo, a empresa compradora tem oportunidade de auferir ganhos através de preços favoráveis e acordos contratuais, tomando o cuidado de evitar excessos que prejudiquem o relacionamento com o fornecedor ou inviabilizem a continuidade do fornecimento. Nos itens em que há dominância de mercado pelos fornecedores e a empresa exerce um papel secundário, deve-se adotar a linha estratégica “diversificar”, colocar-se na defensiva e buscar novos fornecedores ou materiais substitutivos. Para itens onde há equilíbrio de forças entre comprador e fornecedor, recomenda-se a linha estratégica “balancear”, evitando postura agressiva ou muito conservadora (KRALJIC, 1983).

Estágio 4: Planos de Ação

Cada linha estratégia abordada no tópico anterior possui distintas implicações nos elementos individuais da estratégia de compras, tais como volume, preço, seleção de fornecedores, substituição de materiais, políticas de estoque e logística, dentre outros.

Nesta etapa a empresa deve desenvolver diversos cenários de suprimentos para avaliar suas opções para: garantir o abastecimento a longo prazo e para explorar oportunidades de curto prazo; definir claramente riscos, custos, resultados e implicações estratégicas e; desenvolver uma opção preferencial com objetivos, etapas, responsabilidades e detalhamento de medidas de contingência para submeter à aprovação pela alta administração e posterior implementação. O produto final será um conjunto de estratégias sistematicamente documentadas para compra de materiais críticos que especificam o cronograma e os critérios para ações futuras.

Concluindo, Kraljic (1983) recomenda fortalecer a integração de compras com as demais áreas da empresa para desenvolver estreitas relações interdepartamentais, enfatiza a importância de implantar sistemas de informação robustos e ressalta a necessidade de contratação de gestores de compras capacitados e experientes para possibilitar que a área de compras desempenhe este papel estratégico.

O trabalho seminal de Kraljic (1983) inspirou muitos autores, que desenvolveram inúmeros estudos, incluindo Olsen e Ellram (1997), cujo trabalho propõem um método para determinação de estratégias para relacionamento com fornecedores, e Caniels e Gelderman (2007), que estudaram poder e dependência em relacionamentos estratégicos, conforme abordado a seguir.

Poder e dependência em relações estratégicas entre comprador e fornecedor – a abordagem de Caniels e Gelderman (2007)

Os profissionais de compras mantêm relacionamentos com muitos fornecedores e a gestão destas relações é cada vez mais baseada em modelos de portfólio de compras. Poder e dependência são geralmente considerados importantes para a compreensão das relações entre comprador-fornecedor. Através de uma pesquisa com 250 profissionais de compras da Holanda, Caniels e Gelderman (2007) buscaram aprofundar o entendimento destes parâmetros nos quatro quadrantes definidos por Kraljic (1983). Com relação ao quadrante estratégico, tinha-se a expectativa de que o poder relativo entre comprador e fornecedor fosse equilibrado e que o nível de interdependência fosse alto para ambos, comprador e fornecedor. Porém, a pesquisa revelou dominância de poder do fornecedor em relação ao comprador e confirmou as

expectativas relativas à alta interdependência entre as partes (CANIELS; GELDERMAN, 2007).

A relação de dominância por parte dos fornecedores estratégicos foi percebida como satisfatória pelos compradores. Os fornecedores estratégicos devem estar cientes de que os compradores sentem-se dominados por eles, mesmo em relacionamentos satisfatórios. Possivelmente, isto poderia levar alguns fornecedores estratégicos a tentar explorar o seu poder e tomar proveito desta condição. No entanto, estes fornecedores devem estar cientes dos efeitos negativos da exploração de sua posição, que podem levar o comprador a se sentir desestimulado para manter o relacionamento. Portanto, recomenda-se aos fornecedores cuidar bem destes relacionamentos estratégicos (CANIELS; GELDERMAN, 2007).

Os compradores, por sua vez, devem estar cientes de que dependência implica em vulnerabilidade. Os compradores devem refletir se existem benefícios suficientes ligados ao relacionamento para compensar as desvantagens de uma posição vulnerável e dependente de um fornecedor estratégico. Além disso, os compradores devem avaliar os riscos que estão expostos neste tipo de relacionamento e explorar as possibilidades que podem aumentar o poder de negociação de sua empresa. Mesmo em relacionamentos satisfatórios, os compradores devem explorar o mercado à procura de fornecedores alternativos e determinar as competências dos mesmos. Além disso, os compradores devem tomar consciência da sua própria base de poder e investigar até que ponto o domínio percebido do fornecedor estratégico é baseado em uma avaliação objetiva do relacionamento (CANIELS; GELDERMAN, 2007).

Conforme anteriormente mencionado, Bensaou (1999) desenvolveu um estudo seminal na categoria de relacionamentos baseados em poder-dependência, que é discutido no próximo tópico.

2.3.6.2 O método de Bensaou (1999)

Analisando os relacionamentos entre compradores e fornecedores na indústria automobilística no Japão e nos Estados Unidos, Bensaou (1999) verificou que o nível de investimento efetuado por compradores e fornecedores possui significativa correlação com as práticas associadas às parcerias estratégicas, tais como relacionamentos de longo prazo, confiança mútua e cooperação. Bensaou (1999) refere-se a investimentos que são difíceis ou onerosos para serem transferidos a outro relacionamento, ou que podem perder valor quando readaptados para outro fornecedor ou cliente. Exemplos destes investimentos:

- Investimentos efetuados pelo comprador: investimentos tangíveis em edifícios, ferramentas e equipamentos dedicados ao fornecedor ou em produtos e processos

personalizados para os componentes adquiridos de fornecedor; investimentos intangíveis efetuados em recursos humanos ou em tempo e esforços dispendidos para aprender práticas e rotinas de negócios do fornecedor ou no intercâmbio de informações, melhores práticas e conhecimentos para promover o desenvolvimento do relacionamento com o fornecedor;

- Investimentos efetuados pelo fornecedor: investimentos tangíveis em fábricas, armazéns, instalações especializadas e ferramental voltadas especificamente às necessidades do comprador; investimentos intangíveis incluindo envio de engenheiros residentes e desenvolvimento de sistemas de informação compatíveis com bancos de dados ou protocolos de intercâmbio eletrônico de informações com o comprador (BENSAOU, 1999).

Assim, utilizando o nível de investimento como critério para comparar relacionamentos, Bensaou (1999) propôs e validou um *framework* para gerir um portfólio de relacionamentos com fornecedores, no qual os relacionamentos são classificados em quatro categorias, conforme indicado na Figura 2.9, a seguir:

Investimento Específico do Comprador	Alto	Comprador Cativo	Parceria Estratégica
	Baixo	Relações de Mercado	Fornecedor Cativo
		Baixo	Alto
		Investimento Específico do Fornecedor	

Fonte: Adaptado de Bensaou (1999)

Figura 2.9 – Classificação de relacionamentos em função do nível de investimentos

Como principais características destes relacionamentos, Bensaou (1999) verificou que: nas parcerias estratégicas, ambas as partes investem em ativos bastante específicos para o relacionamento e desenvolvem um comprometimento efetivo, incluindo investimentos em desenvolvimento de novos produtos e processos; nas relações de mercado, nenhuma das partes

desenvolveu ativos específicos e trabalham juntos utilizando ativos de uso geral; no comprador cativo, ocorre relação assimétrica em que o comprador é mantido como refém do fornecedor, que está livre para mudar para outros clientes; e no fornecedor cativo, existe uma relação assimétrica em que o fornecedor realiza investimento unilateral específico para obter e manter negócios com o comprador.

As características dos relacionamentos estratégicos identificadas por Bensaou (1999) estão indicadas no Quadro 2.4.

Tópico	Características
Intercâmbio de informações	Ocorre regularmente, através de relatórios, normas e procedimentos operacionais, transferência eletrônica de dados e cronogramas, assim como em contatos pessoais. Ocorrem visitas frequentes de técnicos do fornecedor às instalações do comprador. Engenheiros do fornecedor habitualmente trabalham nas fábricas do comprador ou são membros efetivos de equipes envolvidas no projeto dos principais sistemas.
Características de tarefas	A alta velocidade de mudanças em tecnologia e no projeto de produtos dificulta efetuar previsões e planejamento e as decisões podem rapidamente tornar-se obsoletas ou irrelevantes. As atividades não são rotineiras e a maior parte do tempo dispendido com a equipe do fornecedor em atividades de coordenação, discutindo sobre melhorias e planos futuros.
Clima social e processos	Confiança mútua e comprometimento no relacionamento; envolvimento do fornecedor no processo de desenvolvimento de produtos e processos; divergências são usualmente resolvidas através de processos colaborativos ao invés de confronto; ação conjunta e cooperação utilizadas de maneira intensa; e existe um forte sentimento de compartilhar benefícios, responsabilidades e riscos.

Fonte: Adaptado de Bensaou (1999)

Quadro 2.4 – Características dos relacionamentos estratégicos conforme Bensaou (1999)

O desenvolvimento de métodos para segmentação de categorias de compra e de fornecedores desperta bastante interesse no meio acadêmico, de modo que existem diversos métodos disponíveis na literatura, com diferentes abordagens, incluindo os estudos de Cox (2015), Keith et al. (2015), Drake, Myung Lee e Hussain (2013), Vitasek e Manrodt (2012), Svahn e Westerlund (2009) e Wagner e Johnson (2004).

Discute-se a seguir métodos para implementação de *strategic sourcing*.

2.3.7 Métodos para implementação de *strategic sourcing*

Utilizando o termo *strategic sourcing* várias consultorias de gestão e diversos autores acadêmicos introduziram métodos para apoiar a gestão estratégica de compras nas

organizações. Um dos métodos pioneiros de *strategic sourcing* foi proposto por Anderson e Katz (1998). Fundamentado no conceito de custo total de propriedade, Anderson e Katz (1998) estabeleceram um método para implementação de *strategic sourcing* constituído pelos seguintes processos:

- Criar um planejamento anual de compras: com a definição de objetivos e focos para o próximo ano, por categoria de compra. O plano deve estabelecer as metas principais, envolvendo a participação de fornecedores-chave, assim como determinar foco e prover recursos para desenvolvimento de projetos específicos em categorias de compra selecionadas;
- Desenvolver especificações: as especificações de produtos e serviços são elementos críticos no processo de compra e é comum que elas se tornem menos rigorosas que o necessário, ao longo do tempo. Assim, torna-se necessário revisar e adequar periodicamente as especificações dos itens comprados, para que possibilitem uma análise de valor adequada para a decisão de compra;
- Desenvolver a estratégia de compra: para responder à pergunta fundamental de “como comprar”. As estratégias de compra são variadas e incluem: estimular a competição entre os fornecedores com tomadas de preço abertas ou com fornecedores selecionados, participar em consórcios de compras, negociar diretamente com fabricantes ao invés de distribuidores, estabelecer arranjos primários e secundários com fornecedores, adquirir uma cota de participação societária em um fornecedor, desenvolver parcerias de longo prazo com um fornecedor único, contratar capacidade de produção ao invés de comprar produtos específicos de um fornecedor e financiar o desenvolvimento de um novo fornecedor. Como premissa, busca-se alavancar o poder de compra e minimizar os custos totais de aquisição, em cada categoria de compra.
- Avaliar e selecionar fornecedores: as decisões relacionadas com a especificação e a estratégia de compra tipicamente definem um grupo de fornecedores para as considerações iniciais. Em seguida, realiza-se uma rigorosa avaliação dos fornecedores candidatos;
- Adquirir materiais e serviços: conduzir as negociações para as aquisições, seguindo as estratégias anteriormente determinadas. Implementação de sistemas de informação e procedimentos de compra são fundamentais para garantir eficiência nesta etapa;

- Gerenciar as relações com fornecedores: estabelecer relacionamentos profundos com os fornecedores estratégicos para alcançar vantagens competitivas. Necessário dispor de medidores de desempenho e realizar controles e *benchmarking* para assegurar melhoria (ANDERSON; KATZ, 1998).

Outro método, desenvolvido pela consultoria AT Kearney e bastante usado no mercado, propõe utilizar um roteiro de sete passos para implementar o *strategic sourcing*. Este método é detalhado por Clegg e Montgomery (2005) e é sintetizado a seguir.

- Passo 1 – Definir as categorias de *sourcing*: inclui efetuar o agrupamento dos dispêndios em categorias, realizar a análise dos dispêndios (*spend analysis*) com cada fornecedor e em cada categoria, revisar as especificações dos itens comprados e analisar o mercado fornecedor utilizando as técnicas de análise das 5 forças de Porter e da análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*);
- Passo 2 – Selecionar a estratégia de *sourcing*: construir a matriz de posicionamento das categorias de *sourcing* e considerando o alinhamento com a estratégia corporativa, escolher a estratégia de *sourcing* mais adequada para cada categoria, conforme a localização da mesma nos quadrantes não-crítico, alavancagem, crítico e estratégico da matriz de posicionamento;
- Passo 3 – Gerar o portfólio de fornecedores: desenvolver os critérios para seleção de fornecedores, identificar todos os fornecedores viáveis, avaliar a capacitação dos fornecedores e gerar as listas finais de fornecedores;
- Passo 4 – Selecionar o método de implementação: determinar o método a ser utilizado, desenvolvimento ou negociação e definir as estratégias iniciais de negociação;
- Passo 5 – Selecionar os fornecedores: emitir as solicitações de cotações, analisar as ofertas, determinar as estratégias de negociação, negociar e efetuar a contratação do fornecedor;
- Passo 6 – Integrar os fornecedores: efetuar a integração do fornecedor na organização, coordenar processos junto ao fornecedor e implementar sistemas para monitorar resultados;
- Passo 7 – Monitorar o mercado e o desempenho dos fornecedores: implementar ferramentas para monitorar o mercado e realizar *benchmarking*, controlar o desempenho dos fornecedores e periodicamente reavaliar o desempenho e a competitividade dos fornecedores (CLEGG; MONTGOMERY, 2005).

Outro método para implementação de *strategic sourcing* é proposto por Monczka et al. (2015), constitui-se em cinco etapas e está esquematicamente representado no Quadro 2.5.

Passo 1 Montar a equipe	Passo 2 Pesquisa de mercado	Passo 3 Desenvolver a estratégia	Passo 4 Negociar contratos	Passo 5 Gerenciar relações
Objetivo: desenvolver plano e escopo de trabalho	Objetivo: entender o mercado fornecedor	Objetivo: classificar fornecedores e definir abordagem de <i>sourcing</i>	Objetivo: negociar contratos ganha-ganha	Objetivo: melhorar continuamente o desempenho
Entradas e ferramentas: líder do projeto e membros da equipe	Entradas: entrevistas, pesquisa <i>online</i> , conferências	Entradas: pesquisa de mercado, matriz de portfólio, gastos previstos	Entradas: plano de negociação e avaliação de fornecedor	Entradas: medidores de desempenho de contratos
Saídas: <i>baseline</i> e <i>project charter</i> , plano de trabalho	Saídas: relatórios de tendências, precificação, capacidade etc.	Saídas: avaliação de fornecedores com relações desejadas	Saídas: contratos assinados	Saídas: plano de desenvolvimento de fornecedores, comunicações

Fonte: adaptado de Monczka et al. (2015)

Quadro 2.5 – Representação do processo de *strategic sourcing* de Monczka et al. (2015)

Verifica-se que os métodos apresentados, assim como alguns outros disponíveis na literatura, diferem em relação a quantidade de passos e em alguns detalhes dos processos propostos. Porém, em sua essência, são bastante similares. Em geral, as principais etapas estabelecidas são análise de dispêndios, revisão de especificações técnicas de bens e serviços adquiridos, segmentação de categorias e determinação de estratégias de *sourcing* e seleção, contratação e gestão de desempenho de fornecedores.

No entanto, Hughes, Rayer e Gordon (2009) argumentam que apesar das relevantes economias obtidas com o *strategic sourcing*, suas limitações tornam-se evidentes, à medida que se constata que a aplicação do método não permite realizar todo o potencial de benefícios existentes. Pesquisa realizada por Hughes, Rayer e Gordon (2009) com 524 gestores da área de compras, representando 421 organizações multissetoriais com atuação nas Américas, Europa, Ásia, África e Oceania, demonstrou que as empresas compradoras deixaram de obter aproximadamente 46% do valor esperado nos contratos firmados com aplicação de *strategic sourcing*. Ou seja, ocorreu a captura de apenas 54% do potencial de benefícios existentes nos contratos estabelecidos com os fornecedores (HUGHES; RAYER; GORDON, 2009).

Conforme Hughes e Wadd (2012), isto ocorre porque o *strategic sourcing* guia as interações com fornecedores até a assinatura dos contratos. Os métodos de *strategic sourcing* apresentam poucas orientações sobre como gerenciar as complexas interações existentes entre compradores e fornecedores durante o período de execução dos contratos, gerando dificuldades para a plena obtenção do valor projetado (HUGHES; WADD, 2012).

Hughes e Wadd (2012) afirmam que esta lacuna do *strategic sourcing* é preenchida pela implementação da gestão de relacionamento com fornecedores, uma abordagem que envolve toda a organização para determinar em quais atividades se engajar com fornecedores e para realizar o planejamento e a execução coordenados de todas as interações com fornecedores, buscando maximizar o valor estratégico e financeiro e aproveitar os ativos e capacidades dos fornecedores para geração de vantagem competitiva (HUGHES; WADD, 2012).

Desta forma, concluída a etapa de fundamentação conceitual, aborda-se a seguir a gestão de relacionamento com fornecedores.

Revisão de literatura – Parte D

2.4 Gestão de relacionamento com fornecedores

Para responder a subquestão de pesquisa I.1 (como a gestão de relacionamento com fornecedores é definida na literatura acadêmica?) e a subquestão de pesquisa I.2 (quais são os *frameworks* propostos na literatura acadêmica para gestão de relacionamento com fornecedores?) foi realizada uma revisão sistemática de literatura.

2.4.1 Revisão sistemática de literatura sobre gestão de relacionamento com fornecedores

Revisões sistemáticas de literatura adotam um processo científico, replicável e transparente, que através de pesquisas bibliográficas exaustivas, provê um registro auditável das decisões, procedimentos e conclusões dos revisores (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003).

Revisões sistemáticas envolvem cinco etapas: planejar a revisão, localizar estudos, avaliar contribuições, analisar e sintetizar informações e reportar as “melhores evidências” (BRINER; DENYER, 2012).

O quadro 2.6, baseado em Briner e Denyer (2012), resume os princípios que devem ser adotados na elaboração de uma revisão sistemática, para que sejam alcançados os atributos indicados.

Atributos esperados	Princípio a adotar
Revisão sistemática e organizada	Conduzir a revisão conforme um método especificamente definido para endereçar a questão que a revisão objetiva responder.
Revisão transparente e explícita	Estabelecer explicitamente o método utilizado.
Revisão replicável e atualizável	O método e a forma que a revisão é relatada devem ser suficientemente detalhados e claros, de modo que outros pesquisadores possam repetir a revisão, repetir a revisão com modificações ou atualizá-la.
Revisão sintética e resumida	Reunir de maneira estruturada e organizada os resultados da revisão, para resumir as evidências relativas à questão de revisão.

Fonte: Adaptado de Briner e Denyer (2012)

Quadro 2.6 – Princípios a adotar para revisões sistemáticas de literatura

O protocolo para execução da revisão foi realizado conforme orientações contidas em Briner e Denyer (2012), Tranfield, Denyer e Smart (2003) e Hart (1998).

Tranfield, Denyer e Smart (2003) recomendam realizar revisões sistemáticas em três estágios: planejamento da revisão, condução da revisão e relato e disseminação dos resultados da revisão. Estes estágios são segmentados em cinco passos por Denyer e Tranfield (2009) e Briner e Denyer (2012): (1) formular as questões de pesquisa a serem abordadas na revisão, (2) localizar os estudos, (3) selecionar e avaliar os estudos, (4) analisar e sintetizar as informações obtidas e (5) relatar e disseminar os resultados. Assim, descreve-se a seguir o protocolo adotado na revisão sistemática.

Formular as questões de pesquisa da revisão sistemática

Conforme anteriormente mencionado, tem-se as seguintes questões de pesquisa para a revisão sistemática de literatura:

- Como a gestão de relacionamento com fornecedores é definida na literatura acadêmica?
- Quais são os *frameworks* propostos na literatura acadêmica para gestão de relacionamento com fornecedores?

Localizar os estudos

Para localizar os estudos, foram realizadas buscas nas bases de dados Web of Science, Scopus e Scielo durante o mês de março de 2017, conforme segue.

• Web of Science

Para realizar buscas na base de dados Web of Science foram utilizados os seguintes argumentos:

- Termo “*supplier relationship management*” no campo “Tópico”;
- Tempo estipulado: “Todos os anos”;
- Tipo de documento: “*Article*” como tipo de documento.

Como resultado, foram obtidos 75 estudos.

• Scopus

Na base de dados Scopus foram realizadas buscas com os seguintes argumentos:

- Termo: “*supplier relationship management*” no campo “*Article title, Abstract, Keywords*”;
- Ano: Todos os anos;
- *Document type: Article + Article in Press + Review*;

- *Source type: Journals;*
- *Language: English + Portuguese.*

Como resultado, foram obtidos 156 estudos.

- **Scielo**

Na base de dados Scielo foram utilizados os seguintes argumentos para as buscas:

- Frase “*supplier relationship management*” no campo “Todos os índices”.

Como resultado, foram obtidos três estudos.

- Frase “*gestão de relacionamento com fornecedores*” no campo “Todos os índices”.

Como resultado, foram obtidos três estudos.

A soma dos resultados das três bases de dados totalizou 237 estudos. Então, verificou-se que 71 artigos apareciam em duplicidade nas bases, resultando no total de 166 estudos distintos.

Selecionar e avaliar os estudos

A seguir, efetuou-se a leitura dos resumos e análise preliminar para determinar os estudos a serem revisados. Foram excluídos treze estudos, sendo oito artigos de publicações com conotação comercial, um artigo redigido em chinês, um artigo redigido em romeno e três artigos sem informações suficientes para obtenção do texto. Além disto, a leitura dos resumos dos artigos excluídos indicou que não havia relação dos mesmos com os objetivos da revisão de literatura. Assim, foram selecionados 153 estudos para revisão, que estão relacionados no Apêndice A – Lista de referências utilizadas na revisão sistemática de literatura sobre gestão de relacionamento com fornecedores.

Analisar e sintetizar as informações obtidas e reportar e disseminar os resultados

Foi realizada a revisão dos 153 estudos selecionados, com foco principal em identificar definições e *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores. As informações obtidas foram analisadas e a síntese dos resultados sobre as definições é apresentada no tópico a seguir e sobre os *frameworks* é relatada no tópico subsequente.

2.4.2 Definições para gestão de relacionamento com fornecedores

Na revisão buscou-se identificar as definições para gestão de relacionamento com fornecedores utilizadas nos trabalhos, sejam de proposição direta pelos autores, ou concebidas por outros autores e adotadas nos trabalhos revisados. No caso de proposição por outros autores, buscou-se obter e analisar o trabalho original citado. Isto foi possível na maioria dos casos,

exceto em duas publicações em língua alemã, onde ocorreu a indicação dos autores em *apud*. Como critério, optou-se por não registrar definições mencionadas nos estudos que foram obtidas em *webpages* de organizações comerciais. Assim, foram identificadas 22 definições distintas para gestão de relacionamento com fornecedores. Adicionalmente, durante o processo de revisão de literatura de outros temas da pesquisa, foram identificadas mais três definições, uma proposta por Baltacioglu et al. (2007) e duas identificadas em Campelo Filho e Stucky (2007), totalizando 25 definições, que estão relacionadas em ordem cronológica, no Quadro 2.6.

Autores	Definições
[1] Croxton et al. (2001)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é o processo que define como uma empresa interage com seus fornecedores”.
[2] Spencer e Reilley (2001) ⁷ e Hope-Ross e Spencer (2001) ⁸	"Práticas necessárias para estabelecer regras de negócios e o entendimento requerido para interagir com fornecedores de produtos e serviços de criticidades variadas, para a lucratividade da empresa".
[3] Sawabini (2001)	"Gestão de relacionamento com fornecedores é um aplicativo de negócios que constrói uma ponte entre o software de planejamento de recursos empresariais (e outros sistemas de negócios) de um fabricante e o fornecedor".
[4] Gullledge (2002)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é a utilização das tecnologias mais recentes para construir redes de relacionamentos colaborativos que tragam benefícios conjuntos para grandes empresas e seus fornecedores”.
[5] Lang et al. (2002) ⁹	“Uma solução integrada que interliga desenvolvimento de produto, sourcing, planejamento de suprimentos e procurement em toda a cadeia de valor”.
[6] Eyholzer, Kuhlmann e Münger (2002) ¹⁰ apud Campelo Filho e Stucky (2007)	“Descreve as estruturas de negócio e os processos requeridos pelas organizações para se comunicarem com seus fornecedores, enquanto provendo métodos, processos e ferramentas para suportar as diferentes fases de um relacionamento direto com o fornecedor, como por exemplo, identificação, avaliação, qualificação e, se necessário, terminação”.

(continua)

⁷ Definição utilizada por Vlachopoulou e Manthou (2005)

⁸ Definição utilizada por Nazari-Shirkouhi, Keramati e Rezaie (2015)

⁹ Definição utilizada por Zailani et al. (2015) e Nazari-Shirkouhi, Keramati e Rezaie (2015)

¹⁰ EYHOLZER, K.; KUHLMANN, W.; MÜNGER, T. Wirtschaftlichkeitsaspekte eines partnerschaftlichen Lieferantenmanagements. **HMD-Praxis der Wirtschaftsinformatik**, v. 39, n. 228, p. 66-76, 2002.

(continuação)

Autores	Definições
[7] Choy, Lee e Lo (2002, 2003a, 2003b, 2003c, 2004a, 2004b) e Choy et al. (2004a, 2004b)	“Um processo que envolve gerenciar os fornecedores preferenciais, buscar novos fornecedores e ao mesmo tempo, reduzir custos e tornar as atividades de procurement previsíveis e repetíveis, agrupando as experiências do comprador e extraindo benefícios das parcerias com os fornecedores”.
[8] Appelfeller e Buchholz (2005) ¹¹ apud Mettler e Rohner (2009)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é entendida como o projeto, baseado em políticas de sourcing, dos processos de procurement estratégicos e operacionais, assim como a configuração da gestão de fornecedores”.
[9] Moeller, Fassnacht e Klose (2006)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é o processo de engajamento nas atividades de configurar, desenvolver, estabilizar e dissolver relacionamentos com os fornecedores existentes na organização, bem como de observar novos fornecedores, para gerar e aumentar o valor com estes relacionamentos”.
[10] Zhang et al. (2006)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é uma estratégia de negócios para reduzir custos logísticos e melhorar o desempenho e a competitividade empresarial”.
[11] Baltacioglu et al. (2007)	“Um processo em que clientes e fornecedores desenvolvem e mantêm relacionamentos próximos e de longo prazo, como parceiros. A gestão de relacionamento com fornecedores é composta de cinco componentes – chave, incluindo coordenação, cooperação, comprometimento, compartilhamento de informação e feedback”.
[12] Campelo Filho e Stucky (2007)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é a parte da gestão da cadeia de suprimentos que lida com todos os aspectos da relação de negócios entre as empresas e seus fornecedores”.
[13] Hughes (2008)	<p>“Definimos gestão de relacionamento com fornecedores, quando devidamente compreendido e implementado, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A avaliação sistemática, a nível da empresa, dos ativos e das capacidades dos fornecedores com relação à estratégia global da empresa; 2. A determinação das atividades a serem realizadas com diferentes fornecedores; 3. O planejamento e a execução coordenados de todas as interações com os fornecedores, com objetivo de maximizar o valor obtido através dessas interações”.

(continua)

¹¹ APPELFELLER, W.; BUCHHOLZ, W. **Supplier Relationship Management: Strategie Organisation und IT des modernen Beschaffungsmanagements**. Wiesbaden: Gabler, 2005.

(continuação)

Autores	Definições
[14] Mettler e Rohner (2009)	“Definimos gestão de relacionamento com fornecedores como uma abordagem abrangente para aumentar a cooperação (nível de relacionamento de negócios), a coordenação (nível de processo) e a comunicação (nível de sistemas de informação) entre uma organização e seus fornecedores, a fim de melhorar continuamente a eficiência e a eficácia da colaboração e simultaneamente, melhorar a qualidade, segurança e inovação”.
[15] Lintukangas (2011)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é uma atividade que a empresa está buscando após as decisões de seleção de fornecedores para manter e desenvolver os relacionamentos em uma rede de fornecedores com a finalidade de obter benefícios e melhor desempenho no longo prazo”.
[16] Sanders (2011) ¹²	“Coordenação, colaboração e compartilhamento de informações entre membros da cadeia de suprimentos”.
[17] Kroenke (2012) ¹³	“Gestão de relacionamento com fornecedores é um processo de negócio para gerenciar todos os contatos entre uma organização e seus fornecedores”.
[18] Bemelmans et al. (2012)	“Gerenciar o relacionamento com fornecedores é definido como o processo de gerenciar e otimizar o relacionamento com fornecedores estratégicos”.
[19] Lambert e Schwieterman (2012)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é o processo de negócio que determina uma estrutura que estabelece como desenvolver e manter relações com fornecedores”.
[20] Miocevic e Crnjak-Karanovic (2012)	“Gestão de relacionamento com fornecedores-chave pode ser definida como o gerenciamento proativo dos relacionamentos de negócio correntes com fornecedores – chave”.
[21] Leppelt et al. (2013)	“Gestão sustentável de relacionamento com fornecedores é definido como os esforços induzidos da empresa compradora com ações coordenadas e cooperativas ao longo de um período de tempo prolongado, com o objetivo de alcançar maiores níveis de sustentabilidade na cadeia de suprimentos diádica, para o benefício das duas empresas”.

(continua)

¹² Definição utilizada por Tidy, Wang e Hall (2016)¹³ Definição utilizada por Tseng (2014)

(continuação)

Autores	Definições
[22] Fan et al. (2013)	“Gestão de relacionamento com fornecedores é uma abordagem abrangente para gerenciar assuntos e interações com as organizações que fornecem bens e serviços”.
[23] Pala et al. (2014)	“Em um contexto amplo, como um dos componentes da gestão da cadeia de suprimentos, que é uma estratégia de negócios de toda a empresa para gerenciar suas interações interconectadas, dinâmicas e multidimensionais por meio de várias interfaces, para facilitar o desenvolvimento de melhores relacionamentos com seus fornecedores”.
[24] Dubey, Gunasekaran e Ali (2015)	"Refere-se ao envolvimento de fornecedores na tomada de decisão, no desenvolvimento tecnológico e no atendimento às expectativas dos clientes por meio da colaboração. Isto inclui compartilhamento de informações, de riscos e de lucros”.
[25] Teller et al. (2016)	“Gestão de relacionamento com fornecedores-chave é a gestão das relações familiares entre uma empresa e um fornecedor, em que as duas partes compartilham um nível significativo de integração de processos de negócios e se veem como uma extensão de suas empresas”

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 2.5 – Definições para gestão de relacionamento com fornecedores

A revisão sistemática confirmou as indicações de Mettler e Rohner (2009) e Hughes e Wadd (2012), de que na área acadêmica e no meio empresarial, a gestão de relacionamento com fornecedores é entendida sob duas perspectivas: na perspectiva de administração de negócios, em que a gestão de relacionamento com fornecedores é usualmente compreendida como um processo de negócio ou um conjunto de atividades para administrar as relações com fornecedores, e na perspectiva da área de tecnologia de informação, que entende gestão de relacionamento com fornecedores como um *software* para apoiar as organizações na gestão de fornecedores.

Verifica-se que dentre as 25 definições relacionadas, duas delas, Sawabini (2001) e Lang et al. (2002) definem gestão de relacionamento com fornecedores como um “aplicativo de negócios” e uma “solução integrada”, explicitando seu entendimento como uma ferramenta de tecnologia de informação. Uma terceira definição, de Gullett (2002), deixa implícito este mesmo entendimento. Todas as 22 definições restantes definem gestão de relacionamento com

fornecedores dentro da perspectiva de administração de negócios. A Figura 2.10 mostra a representação percentual das perspectivas adotadas nas definições analisadas.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 2.10 – Representação percentual das perspectivas utilizadas nas definições de gestão de relacionamento com fornecedores

Nas definições analisadas, verifica-se que a perspectiva da tecnologia da informação concentra-se nas primeiras definições propostas para a gestão de relacionamento com fornecedores, quando o tema começou a ser abordado na literatura acadêmica. No início dos anos 2000, a gestão de relacionamento com fornecedores era entendida por alguns autores como uma evolução das soluções de *e-procurement* (WEIL, 2001) ou como uma nova categoria de *software* para a gestão da cadeia de suprimentos (CHOY; LEE; LO, 2002). Em paralelo, acadêmicos da área de gestão da cadeia de suprimentos, incluindo os membros do Global Supply Chain Forum, divulgavam em suas publicações o conceito de gestão de relacionamento de fornecedores como um processo de negócio-chave para a gestão da cadeia de suprimentos (LAMBERT; COOPER, 2000; CROXTON et al.; 2001; LAMBERT; POHLEN, 2001).

Nos anos seguintes, com os esforços de divulgação e de venda de programas computacionais empreendidos por diversas *software houses* para apoiar a gestão de relacionamento de fornecedores, Hughes (2008) alertava para o risco que existia de se tornar o poderoso conceito de gestão de relacionamento com fornecedores “*ofuscado por um foco míope em ferramentas de software para gerenciamento de dados, com pouca atenção às mudanças críticas necessárias nos processos de negócios e nos aspectos interpessoais das relações comerciais*” (HUGHES, 2008, tradução nossa). Nos dias atuais, diante do crescimento da

abordagem de aspectos gerenciais da gestão de relacionamento com fornecedores na literatura acadêmica, bem como da aplicação destes conceitos na prática, constata-se que isto não ocorreu.

Conforme evidenciado pela análise realizada, prevalece o enfoque de administração de negócios para as definições de gestão de relacionamento com fornecedores. Mesmo alguns autores que abordam o tema na perspectiva de tecnologia da informação, utilizam definições mais abrangentes, dentro do enfoque de administração de negócios, nas definições de gestão de relacionamento com fornecedores utilizadas em seus trabalhos, a exemplo de Campelo Filho e Stucky (2007) e Mettler e Rohner (2009).

Ainda com relação a perspectiva adotada, constata-se que no início dos anos 2000 prevalecia a perspectiva da tecnologia de informação nos trabalhos publicados. Com o passar dos anos, pode-se inferir que a partir da compreensão da relevância do conceito da gestão de relacionamento com fornecedores, cresceu e passou a predominar a perspectiva de administração de negócios. Justifica-se esta argumentação ao se constatar que dentre os 153 estudos selecionados para a revisão sistemática de literatura, 91 foram publicados após 2010. Destes, 82 adotam a perspectiva de gestão de negócios e nove estudos utilizam a perspectiva da tecnologia de informação. Isto significa que, em termos percentuais, 90% dos estudos publicados após 2010 discutem aspectos relacionados com questões gerenciais da gestão de relacionamento com fornecedores, contra apenas 10% com abordagem de ferramentas de tecnologia de informação.

Considerando-se que no presente estudo adota-se a perspectiva de administração de negócios, passa-se a examinar as 22 definições relacionadas com esta perspectiva.

Com o intento de aprofundar o entendimento sobre como a gestão de relacionamento com fornecedores é concebida na literatura acadêmica, busca-se efetuar uma análise para identificar características similares e apontar aspectos de diferenciação entre as definições. Assim, propõem-se avaliar as definições em relação a três aspectos:

- Aspecto 1: compreender “o que é” a gestão de relacionamento com fornecedores para os autores das definições;
- Aspecto 2: entender “qual é a utilização” da gestão de relacionamento com fornecedores estabelecida nas definições;
- Aspecto 3: identificar “focos específicos” para a gestão de relacionamento com fornecedores, complementares aos aspectos anteriores.

Para operacionalizar o processo de análise, aplicou-se a cada definição, as seguintes questões:

- Aspecto 1: O que é a gestão de relacionamento com fornecedores?
- Aspecto 2: Qual é a utilização da gestão de relacionamentos com fornecedores?
- Aspecto 3: Quais são os focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores?

Analisando-se cada definição, procurou-se encontrar respostas às três questões propostas. Cada resposta era anotada em um quadro e comparada com as demais respostas, obtidas com a aplicação da mesma questão às demais definições.

Como exemplo, aplicando-se as três questões à definição “*gestão de relacionamento com fornecedores é um processo de negócio para gerenciar todos os contatos entre uma organização e seus fornecedores*” (KROENKE, 2012):

- O que é a gestão de relacionamento com fornecedores? É um processo de negócio.
- Para que é utilizada a gestão de relacionamentos com fornecedores? Para gerenciar os contatos com fornecedores.
- Quais são os focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores? Sem focos específicos, nesta definição.

Com a comparação das respostas buscou-se indicar aspectos similares e características diferenciadoras entre as definições, gerando uma classificação conforme os três aspectos analisados.

2.4.2.1 Classificação das definições conforme aspecto 1

Aplicando-se a questão 1, verifica-se que várias definições estabelecem, de modo explícito, que gestão de relacionamento com fornecedores é: um processo ou processo de negócio, um projeto, uma atividade, uma estrutura de negócios, uma estratégia de negócios, uma abordagem abrangente e um componente da gestão da cadeia de suprimentos.

No entanto, algumas definições demandam interpretação, porque a pergunta “o que é a gestão de relacionamento com fornecedores?” não é respondida de forma direta. Como a visão de processos está implicitamente embutida em várias dessas definições, faz-se necessário uma análise criteriosa para evitar interpretações inadequadas. Neste sentido, são bastante úteis as seguintes definições de processo de negócio, projeto e atividade:

Processo de negócio é definido por Hammer e Champy (2005, p. 38, tradução nossa) como “*um conjunto de atividades que toma um ou mais tipos de entrada e cria um resultado de valor para o cliente*”, ou, de forma mais detalhada, por Laguna e Marklund (2013, p. 34, tradução nossa) como “*uma rede de atividades conectadas com fronteiras e relações de*

precedência bem definidas, que utilizam recursos para transformar entradas em saídas, com o propósito de satisfazer aos requisitos do cliente".

Por sua vez, projeto é definido por Kerzner (2011, p.2) como:

Quaisquer séries de atividades e tarefas que: possuem um objetivo específico a ser atingido dentro de determinadas especificações; possuem datas de início e término definidas; possuem limites de financiamento (se aplicável); consomem recursos humanos e não humanos (ou seja, dinheiro, pessoas, equipamentos); são multifuncionais (isto é, cruzam diversas linhas funcionais).

Desta forma, os conceitos de processo de negócio e de projeto ficam bastante claros e só foram apontados quando mencionados de forma explícita nas definições de gestão de relacionamento com fornecedores analisadas. O mesmo acontece com os termos “estrutura de negócios”, “estratégia de negócios”, “abordagem abrangente” e “componente da gestão da cadeia de suprimentos”, sem a necessidade de apresentação de definições para estes termos.

Por outro lado, atividade tem um conceito mais amplo. Baldam, Valle e Rozenfeld (2014), definem o conceito de atividade como *“todo trabalho que é realizado em uma organização. Pode ser um processo, subprocesso, tarefa, projeto etc. Normalmente é aquilo que se deseja controlar”*.

O conceito abrangente do termo atividade permite enquadrar adequadamente *“envolvimento de fornecedores na tomada de decisão, no desenvolvimento tecnológico e no atendimento às expectativas dos clientes”* (DUBEY; GUNASEKARAN; ALI, 2015) ou *“gerenciamento proativo dos relacionamentos de negócio”* (MIOCEVIC; CRNJAK-KARANOVIC, 2012) como “atividades”.

Além disto, embora possa haver um entendimento implícito de uma visão de processo nestas definições, conforme o critério mencionado, a ausência do termo “processo” impossibilita a classificação nesta categoria. Analogamente, estas interpretações aplicam-se às demais definições classificadas como “atividades”.

As categorias identificadas em relação ao aspecto 1, e respectivas definições, são apresentadas no Quadro 2.6.

Aspecto 1: O que é gestão de relacionamento com fornecedores?	Definições
Estrutura de negócios	[6]
Projeto	[8]
Componente da gestão da cadeia de suprimentos	[12] [23]
Estratégia de negócios	[10] [23]
Abordagem abrangente	[9] [22]
Processo de negócio	[1] [6] [7] [9] [11] [17] [18] [19]
Atividade(s)	[2] [13] [15] [16] [20] [21] [24] [25]

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 2.6 – O que é a gestão de relacionamento com fornecedores? – Aspecto 1

A frequência de ocorrência das categorias em relação ao Aspecto 1 é representada graficamente, em termos percentuais, na Figura 2.11.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 2.11 – Representação percentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 1

Aproximadamente 70% das definições estabelecem que a gestão de relacionamento com fornecedores é uma atividade ou um processo. Duas definições definem como uma abordagem abrangente e outras duas como uma estratégia de negócios, caracterizando a compreensão da amplitude e relevância estratégica do tema. A visão como um componente da gestão da cadeia de suprimentos é compartilhada por duas definições. Uma definição entende como um projeto e outra, simultaneamente, como uma estrutura de negócios e um processo.

2.4.2.2 Classificação das definições conforme aspecto 2

A análise em relação ao aspecto 2, referente a utilização que é estabelecida para a gestão de relacionamento com fornecedores nas definições, resultou em seis categorias distintas, conforme indicado no quadro 2.7.

Aspecto 2 Utilização da gestão de relacionamento com fornecedores	Definições
Melhorar desempenho e competitividade empresarial	[10]
Envolver fornecedores em atividades	[24]
Melhorar sustentabilidade na cadeia de suprimentos	[21]
Melhorar colaboração, coordenação e comunicação	[14] [16]
Determinar modelo de gestão (relações com fornecedores e <i>procurement</i>)	[1] [2] [8] [19]
Gerenciar relações com fornecedores	[6] [7] [9] [11] [12] [13] [15] [17] [18] [20] [23] [25]

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 2.7 – Utilização da gestão de relacionamento com fornecedores – Aspecto 2

A representação percentual da ocorrência das categorias em relação ao aspecto 2 é apresentada graficamente na figura 2.12.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 2.12 – Representação percentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 2

Aproximadamente 59% das definições indicam que a gestão de relacionamento com fornecedores é utilizada para gerenciar as relações com fornecedores. Embora possa parecer óbvia esta indicação, parcela relevante dos autores definem outros usos para a gestão de relacionamento com fornecedores.

Correspondendo a segunda principal ocorrência, quatro definições apontam que se destina a determinar um modelo de gestão, para desenvolver, manter ou gerenciar interações com fornecedores (três definições) ou estruturar os processos de *procurement* e configurar relações com fornecedores, conforme a quarta definição.

Na terceira posição, duas definições afirmam que utiliza-se para melhorar a colaboração, cooperação, coordenação, comunicação e compartilhamento de informações com fornecedores e na cadeia de suprimentos.

Em sintonia com a crescente tendência de reconhecimento da importância da sustentabilidade nas cadeias de suprimentos (TSENG et al., 2018; SCHIAVON, 2014; ASHBY et al., 2012; CARTER; ROGERS, 2008; SEURING; MÜLLER, 2008), uma das definições indica que a gestão de relacionamento com fornecedores se utiliza para melhorar a sustentabilidade na cadeia de suprimentos.

Outra definição aponta o uso para promover o envolvimento de fornecedores na tomada de decisão, no desenvolvimento tecnológico e no atendimento às expectativas dos clientes. Finalizando, a definição de Zhang et al. (2006) indica a melhoria do desempenho e competitividade empresarial como o principal uso da gestão de relacionamento com fornecedores.

2.4.2.3 Classificação das definições conforme aspecto 3

A análise em relação ao aspecto 3, que se refere aos focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores mencionados nas definições, que atuam de forma complementar aos aspectos anteriormente discutidos, resultou em onze categorias distintas, indicadas no quadro 2.8.

Aspecto 3 - Focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores	Definições
Melhorar relacionamento com fornecedores	[23] [18]
Reduzir custos	[7] [10]
Buscar novos fornecedores	[7] [9]
Parcerias	[7] [11] [25]
Relações de longo prazo	[11] [15] [21]
Fornecedor-chave, estratégico, preferencial	[7] [18] [20] [25]
Melhorar desempenho	[7] [10] [14] [15]
Compartilhar informação / comunicação	[6] [11] [16] [22] [24]
Coordenação	[11] [13] [16] [21] [22]
Colaboração / Cooperação	[11] [16] [21] [22] [24]
Gerar valor e obter benefícios	[2] [7] [9] [13] [15] [21]

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 2.8 – Focos específicos da gestão de relacionamento com fornecedores – Aspecto 3

A representação porcentual das ocorrências é apresentada graficamente na Figura 2.13.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 2.13 – Representação porcentual da frequência de ocorrência das categorias – Aspecto 3

As categorias relacionadas representam a maior frequência, em relação ao aspecto 3, dentre as definições analisadas. Optou-se por não registrar menções de focos específicos que ocorrem em apenas uma definição, sem recorrência em outras.

Gerar valor e obter benefícios é o foco específico mais mencionado nas definições, indicando o reconhecimento das vantagens de implementação da gestão de relacionamento com fornecedores. Em seguida, indicadas em aproximadamente 23% das definições, posicionam-se três categorias: colaboração e cooperação, coordenação e compartilhar informação e comunicação, que indicam comportamentos e atitudes essenciais no desenvolvimento de relações entre compradores e fornecedores. Algumas definições analisadas têm foco específico em fornecedores-chave, estratégicos ou preferenciais, justificando a frequência desta ocorrência. O alcance de melhoria de desempenho é apontado em torno de 18% das definições. Parcerias e relações de longo prazo são indicadas em 14% das definições, assim como redução de custos, busca de novos fornecedores e melhoria nas relações com fornecedores que são apontadas como foco específico de gestão em aproximadamente 9% das definições.

Em resumo, levando-se em conta os o primeiro e segundo aspectos analisados, pode-se afirmar que prevalece entre as definições o entendimento de que a gestão de relacionamento com fornecedores é um conjunto de atividades ou um processo de negócio que as organizações utilizam para gerenciar as relações com seus fornecedores. Com menor frequência nas definições, há a concepção de que a gestão de relacionamento com fornecedores é uma atividade que estabelece um modelo que determina como interagir com os fornecedores, ou seja, pode ser compreendida como um processo realizado em nível estratégico, que estabelece critérios ou regras a serem utilizados em nível tático e operacional, para gerenciar os relacionamentos com os fornecedores. A segunda visão complementa a primeira. No entanto, nenhuma das definições concebe a gestão de relacionamento com fornecedores desta maneira mais abrangente, englobando a primeira e a segunda visões. Croxton et al. (2001) e Lambert e Schwieterman (2012) abordam estas duas visões em seus trabalhos, porém, sem consolidar ambas em suas definições. Possivelmente, propor uma definição que contemple as duas visões possa contribuir para uma melhor compreensão da gestão de relacionamento com fornecedores.

O terceiro aspecto analisado, os focos específicos que compõem a gestão de relacionamento com fornecedores, ressaltam a relevância da colaboração, coordenação, comunicação, compartilhamento de informações e construção de parcerias e relacionamentos de longo prazo com fornecedores importantes para obtenção de benefícios como redução de custos, melhoria de desempenho e geração de valor nas organizações.

Entende-se que com a apresentação das definições e com as discussões realizadas, conseguiu-se responder a subquestão de pesquisa I.1 (como a gestão de relacionamento com fornecedores é definida na literatura acadêmica?) e atingir o objetivo auxiliar I.1 (identificar e analisar definições para gestão de relacionamento com fornecedores).

No próximo tópico são abordados os *frameworks* para a gestão de relacionamento com fornecedores.

2.4.3 *Frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores

Para ajudar a responder a subquestão de pesquisa I.2 (quais são os *frameworks* propostos na literatura acadêmica para gestão de relacionamento com fornecedores?), foram revisados os 153 artigos selecionados na revisão sistemática de literatura com foco na identificação de *frameworks* específicos para gestão de relacionamento com fornecedores. Foram identificados os *frameworks* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006), Mettler e Rohner (2009), Park, Shin e Chang (2010), Jeong et al. (2012) e o *framework* de Lambert e Schwieterman (2012), que foi desenvolvido a partir das ideias apresentadas em Croxton et al. (2001) e que é denominado neste estudo como *framework* do Global Supply Chain Forum, em função da filiação dos autores a esta instituição. Durante o processo de revisão dos artigos, foi identificado um *framework* adicional, proposto por Cox et al. (2003), que também foi revisado.

Prevalece entre os *frameworks* revisados uma visão processual, com a proposição de processos ou atividades a serem implementadas para a gestão de relacionamento com fornecedores. A única exceção é o *framework* de Cox et al. (2003), que propõem uma tipologia para classificar as relações com fornecedores.

Os *frameworks* identificados são sintetizados a seguir, em ordem cronológica.

2.4.3.1 O *framework* de Cox et al. (2003)

Concebido com a finalidade de apoiar os gestores de compras na determinação do tipo de relacionamento a ser estabelecido com seus fornecedores, o *framework* de Cox et al. (2003) considera que as relações com fornecedores consistem em duas dimensões principais: a forma de interação e o modo como o valor excedente gerado nas transações é dividido entre as partes.

Quanto à forma de interação, Cox et al. (2003) indicam que existem dois modos genéricos de trabalho no contexto da gestão de relacionamento com fornecedores: *arm's length* e colaborativo. Um relacionamento *arm's length* é definido pelo Collins Dictionary (2018, tradução nossa) como “*um relacionamento sem intimidade ou simpatia*”, que se caracteriza por,

conforme o Cambridge Dictionary (2018, tradução nossa), “*uma situação em que duas pessoas, empresas etc. operam separadamente, uma da outra*”.

Nas relações *arm's length* ocorrem poucos contatos entre comprador e fornecedor, restritos às trocas de informações contratuais necessárias para realizar as transações, sem adoção de iniciativas para redução de custos ou melhorias. O modo colaborativo é muito mais proativo, envolve contatos frequentes, intensa comunicação e tem como objetivo a criação de valor, atingida por meio de redução de custos, de melhorias no desempenho das operações e de ações conjuntas para desenvolvimento de capacidades das organizações envolvidas (COX et al., 2003).

Em qualquer relacionamento entre comprador e fornecedor, é criado um valor excedente, que é a diferença entre os custos incorridos pelo fornecedor, incluindo os lucros normais, e a função de utilidade do comprador. Em geral, o valor excedente pode ser dividido de três maneiras: pode ser apropriado pelo comprador, ou pelo fornecedor, ou pode ser compartilhado de forma equilibrada entre as partes (COX et al., 2003).

Conforme Cox et al. (2003), o poder é o principal fator que afeta o tipo de relacionamento a ser desenvolvido entre comprador e fornecedor, sendo definidas quatro estruturas genéricas de poder: dominância pelo comprador, dominância pelo fornecedor, interdependência entre comprador e fornecedor e independência entre comprador e fornecedor.

Em decorrência do domínio do poder pelo comprador ou pelo fornecedor, as relações *arm's length* ou colaborativas podem se caracterizar como antagônicas, tradução adotada neste estudo para o termo *adversarial*, utilizado por Cox et al. (2003). Uma relação *adversarial* pode ser entendida, de acordo com Cambridge Dictionary (2018, tradução nossa), como “*envolvendo pessoas que se opõem ou discordam, umas das outras*”.

Desta forma, podem ocorrer relacionamentos colaborativos antagônicos, em que a colaboração ocorre em um ambiente caracterizado por opiniões divergentes, bem como relacionamentos *arm's length* não antagônicos, que se desenvolvem em uma atmosfera amistosa, sugerindo que não são verdadeiras as premissas de outros autores de que todos os relacionamentos colaborativos são harmoniosos ou que todos os relacionamentos *arm's length* são contraditórios (COX et al., 2003).

A partir destas premissas, Cox et al. (2003) propõem um *framework* para classificar os tipos de relacionamentos que podem ser desenvolvidos entre comprador e fornecedor, que é denominado por seus autores como *framework* para gestão de relacionamentos com fornecedores e está representado na Figura 2.14.

Divisão do valor gerado	Distorcido pelo comprador	<i>Arm's length</i> antagônico (dominância pelo comprador / independência)	Colaborativo antagônico (dominância pelo comprador)
	Equilíbrio	<i>Arm's length</i> não antagônico (interdependência)	Colaborativo não antagônico (interdependência)
	Distorcido pelo fornecedor	<i>Arm's length</i> antagônico (dominância pelo fornecedor)	Colaborativo antagônico (dominância pelo fornecedor)
		<i>Arm's length</i>	Colaborativo
Modo de interação			

Fonte: Adaptado de Cox et al. (2003)

Figura 2.14 – Representação do *framework* de Cox et al. (2003)

A interpretação do *framework* de Cox et al. (2003) indica que: não existe um único tipo de colaboração, pois a colaboração pode ocorrer em diferentes circunstâncias de poder, o que afeta tanto a conduta das partes envolvidas, como o resultado do relacionamento; em algumas circunstâncias transacionais é melhor adotar relações *arm's length* do que relações colaborativas; devido ao poder, nem sempre os compradores (ou os fornecedores) poderão implementar o tipo de relação que desejam.

Em síntese, o poder é entendido por Cox et al. (2003) como o principal fator influenciador na capacidade de uma empresa compradora de desenvolver o tipo de relacionamento desejado com seus fornecedores. Assim, Cox et al. (2003) enfatizam que o poder é um aspecto fundamental na análise da gestão de relacionamento com fornecedores e que deve ser considerado pelos gestores de compras como um fator-chave nas decisões de seleção de fornecedores e nas negociações de contratos.

2.4.3.2 O *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006)

Concebido a partir da adaptação de conceitos de gestão de relacionamento com clientes e de informações obtidas em uma revisão de literatura sobre gestão de relacionamento com

fornecedores, o *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006) é composto por três elementos principais: gestão de fornecedores externos, gestão de fornecedores internos e gestão da dissolução de relacionamentos com fornecedores internos. “Fornecedores externos” são os fornecedores que ainda não fornecem para a organização compradora e “fornecedores internos” são os fornecedores atuais da organização compradora.

A gestão de fornecedores externos tem como principal aspecto a observação dos fornecedores que ainda não tem relacionamento com a empresa compradora, com o objetivo de manter relações com os melhores fornecedores disponíveis no mercado (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006), porque o estado atual dos relacionamentos nunca deve ser considerado como uma solução permanente (GADDE; SNEHOTA, 2000).

Moeller, Fassnacht e Klose (2006) indicam que otimizar o portfólio de fornecedores é a principal tarefa da gestão de relacionamentos com fornecedores e que estratégias de fornecedores únicos devem ser evitadas, devido aos riscos de interrupção de fornecimento. Neste sentido, a gestão de fornecedores externos possibilita a identificação de novos fornecedores para diminuição de risco, bem como para a inclusão de fornecedores externos em processos de cotação de preços, contribuindo para assegurar que a organização compradora realize as aquisições ao menor custo.

A gestão de fornecedores externo é um componente necessário para a gestão de relacionamento com fornecedores, exercendo um efeito positivo na competição entre fornecedores e na melhoria de seu desempenho. No entanto, a aquisição de fornecedores externos é custosa e requer que a relação custo-benefício seja considerada. Além disto, a comparação entre fornecedores internos e externos é uma tarefa difícil (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006).

A partir da contratação inicial, o fornecedor externo torna-se um fornecedor interno e inicia-se a gestão de fornecedores internos, o segundo elemento do *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006). A gestão de fornecedores internos tem como objetivo construir e manter relacionamentos com os fornecedores para aumentar a geração de valor e é subdividida nas etapas de gestão da configuração, gestão do desenvolvimento, gestão de contratos e gestão de distúrbios.

A Figura 2.15 representa o *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006) e indica os estágios do ciclo de vida dos relacionamentos com fornecedores.

Fonte: Adaptado de Moeller, Fassnacht e Klose (2006)

Figura 2.15 – Representação do *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006) e dos estágios do ciclo de vida dos relacionamentos com fornecedores

A gestão da configuração do relacionamento é utilizada para o estabelecimento do relacionamento com o fornecedor e leva em consideração a necessidade da realização de investimentos, que tendem a aumentar proporcionalmente à importância do fornecedor. A fase de socialização ocorre durante a configuração do relacionamento e espera-se que após esta fase, ocorra o aumento de confiança entre comprador e fornecedor, que ajuda a reduzir incertezas e é essencial para a etapa de gestão de desenvolvimento. Com o objetivo de assegurar uma relação valorosa e duradoura, a gestão de desenvolvimento se caracteriza por identificar e avaliar áreas potenciais de melhorias nos fornecedores, para posterior implementação de ações para aprimoramento. Quando detectada deficiência na contribuição esperada do fornecedor, ações diferentes podem ser tomadas, conforme a importância estratégica do fornecedor e o potencial de valor que pode ser gerado pelo relacionamento com o mesmo. Assim, um nível elevado de atividades de gestão de desenvolvimento é direcionado para fornecedores com grande potencial de agregação de valor, demandando de parte do fornecedor comprometimento e reciprocidade em investimentos, para que os objetivos de desenvolvimento sejam atingidos (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006).

A gestão de contratos é utilizada para fornecedores onde não se aplica o desenvolvimento de relações próximas, implicando em relacionamento regido por um nível alto de cláusulas contratuais e um grau baixo de investimentos específicos. Nestes casos, as contribuições para geração de valor pelos fornecedores são geralmente garantidas por acordos contratuais. Com a gestão de distúrbios, a organização compradora tenta evitar o rompimento de relações com o fornecedor. No entanto, evitar uma ruptura nem sempre é viável, pois as relações também podem terminar sem qualquer decisão intencional dos parceiros, como no caso de falência ou o fim natural de um tipo de produto. Podem distinguir-se três tipos de terminações em uma relação: um final escolhido, em que uma das partes toma a decisão intencional de terminar o relacionamento; um fim forçado, que é causado por circunstâncias externas; e um fim natural, em que a necessidade de efetuar negócios tenha gradualmente se tornado obsoleta. A gestão de distúrbios aborda o primeiro caso e os problemas e conflitos que podem ocorrer em tais relações com os fornecedores. A identificação de aspectos potencialmente problemáticos do relacionamento permite o gerenciamento proativo dos distúrbios e a adoção de medidas para resolução dos conflitos, como reuniões cooperativas ou renegociação de condições contratuais (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006).

O terceiro elemento do *framework* de Moeller, Fassnacht e Klose (2006), a gestão de dissolução de relações com fornecedores internos, cobre a necessidade de terminação de relacionamentos indesejáveis. Embora seja uma tarefa comum, a importância da dissolução de relações é frequentemente subestimada e, em determinadas situações, pode ser bastante complexa e requerer muito tempo e recursos de ambas as partes. Diferentes estratégias para dissolução de relacionamentos são discutidas por Alajoutsijärvi, Möller e Tähtinen (2000). Na etapa de dissolução ocorre o declínio de negócios e há necessidade de maior nível de comunicação entre comprador e fornecedor para negociar a terminação contratual, direitos de propriedade e as faturas finais. A gestão da dissolução das relações com fornecedores internos pode evitar disputas legais desgastantes e dispendiosas para ambas as partes e se constitui em um elemento importante na gestão de relacionamento com fornecedores (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006).

A importância da gestão da dissolução de relacionamentos é enfatizada por Halinen e Tähtinen (2002), ao afirmar que para um efetivo gerenciamento das relações de negócio, além de saber como estabelecer um relacionamento, os gestores devem ser capazes de finalizá-lo.

Concluindo, Moeller, Fassnacht e Klose (2006) indicam que a utilização de seu *framework* pode resultar em uma melhor base de fornecimento, maior capacidade para lidar

com problemas gerados por fornecedores, maior coordenação e consistência nas ações com fornecedores e aumentar a capacidade de geração de valor e a satisfação do cliente.

2.4.3.3 O framework de Mettler e Rohner (2009)

O *framework* de Mettler e Rohner (2009) é o único *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores identificado na literatura acadêmica que foi desenvolvido especificamente para o setor hospitalar.

Inicialmente, Mettler e Rohner (2009) sugerem que a gestão de relacionamento com fornecedores pode reduzir custos e melhorar a entrega de serviços no setor hospitalar. Porém, afirmam que a área de compras tem uma posição fraca na cadeia de valor, recebe pouca atenção da diretoria executiva dos hospitais e enfrenta dificuldades para atuar estrategicamente. Assim, Mettler e Rohner (2009) indicam que para implementar a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares há necessidade de promover mudanças para integrar clientes internos e fornecedores, com foco em três fatores essenciais: cooperação, coordenação e comunicação.

Em uma revisão de literatura, que teve como fonte principal trabalhos publicados em língua alemã, Mettler e Rohner (2009) buscaram identificar elementos para apoiar a cooperação, coordenação e comunicação nos relacionamentos com fornecedores. Indicam que a cooperação nas relações com fornecedores no setor hospitalar é influenciada por fatores exógenos, como ambiente regulatório, estrutura de mercado e avanços tecnológicos, e por fatores endógenos, como estrutura organizacional, comportamento dos funcionários e posição estratégica dos clientes. Para estabelecer e administrar relações colaborativas com fornecedores, Mettler e Rohner (2009) sugerem utilizar estratégias de *sourcing*, portfólios de compras e de fornecedores, confiança, comprometimento e um sistema de metas para estabelecer objetivos para relacionamentos com fornecedores.

Mettler e Rohner (2009) propõem abordar a coordenação das relações com fornecedores e implementar uma estratégia de colaboração com fornecedores no setor hospitalar por meio de um *framework* de processos, que está representado na Figura 2.16.

Em seu *framework*, Mettler e Rohner (2009) consideram que a gestão de relacionamento com fornecedores é conduzida por meio de processos de gerenciamento e processos operacionais da área de compras, com o apoio de processos de suporte das áreas de recursos humanos e de tecnologia de informação.

Fonte: adaptado de Mettler e Rohner (2009)

Figura 2.16 – Representação do *framework* de Mettler e Rohner (2009)

São definidos os seguintes processos de gerenciamento e operacionais:

- Processos de governança: englobam os processos de desenvolvimento e implementação de estratégias de *sourcing*; monitoramento e controle das metas estabelecidas e das práticas de trabalho; e análise dos resultados e implementação de ações de ajustes necessárias;
- Processos de *strategic sourcing*: referem-se aos processos de inicialização de relacionamentos com fornecedores, de condução de negociações e de estabilização dos relacionamentos;
- Processos de *procurement* operacional: correspondem aos processos de determinação da demanda de itens a serem adquiridos, negociação e colocação de pedidos de compra e liquidação dos pedidos de compra (METTLER; ROHNER, 2009).

E os seguintes processos de suporte:

- Processos de recursos humanos: recrutamento de novos colaboradores, desenvolvimento da equipe de funcionários que atua na organização, avaliação de competências e de desempenho dos funcionários e recompensa dos colaboradores em caso de desempenho satisfatório;
- Processos da área de tecnologia da informação: processos de documentação de arquitetura empresarial; alinhamento dos recursos de tecnologia de informação com as necessidades do negócio; otimização do fluxo de informações e do fluxo de materiais; e renovação da infraestrutura de tecnologia de informação (METTLER; ROHNER, 2009).

Com relação ao terceiro fator essencial, a comunicação, Mettler e Rohner sugerem a abordagem por meio da tecnologia de informação. Então, propõem um *framework* específico para implementação de aplicativos de tecnologia da informação para processar e disseminar informações internamente e entre as organizações, para apoiar a realização dos processos definidos no *framework* da Figura 2.16. O enfoque de requisitos de aplicativos de tecnologia de informação necessários para apoiar a realização de processos de gestão de relacionamento com fornecedores não se incluem no escopo do presente estudo, de modo que o *framework* de aplicativos de tecnologia de informação não será discutido aqui.

Concluindo seu estudo, Mettler e Rohner (2009) realizam um estudo de caso em um hospital público suíço, onde avaliam de forma isolada, a implementação de dois aplicativos de tecnologia da informação para apoiar a realização de dois processos representados no *framework* da Figura 2.16, o processo de iniciação e o processo de determinação da demanda.

Embora contribuindo com informações relevantes e diversas ideias para a implementação de gestão de relacionamentos com fornecedores em hospitais, Mettler e Rohner (2009) não detalham a implementação dos processos que fazem parte de seu *framework*, concebido para coordenar e fomentar a colaboração nos relacionamentos com fornecedores.

2.4.3.4 O *framework* de Park, Shin e Chang (2010)

Representado na Figura 2.17, o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores proposto por Park, Shin e Chang (2010) é constituído por cinco elementos: estabelecimento de estratégias de compra; seleção de fornecedores; colaboração com fornecedores; avaliação e desenvolvimento de fornecedores; e incentivo à melhoria contínua.

Fonte: Park, Shin e Chang (2010)

Figura 2.17 – Representação do *framework* de Park, Shin e Chang (2010)

Para que ocorra o efetivo gerenciamento das relações com fornecedores, Park, Shin e Chang (2010) apontam que estes cinco elementos devem ser abordados de forma integrada,

pelas diversas áreas da organização, incluindo compras, produção e controle da qualidade, dentre outras áreas.

Resume-se a seguir a abordagem proposta para cada elemento do *framework*.

Estabelecer estratégias de compra

O estabelecimento das estratégias de compra é realizado em três passos, seguindo as orientações de Kraljic (1983) e Olsen e Ellram (1997), anteriormente abordados neste estudo.

- ***Passo 1: Classificação dos itens comprados:*** É realizada conforme Kraljic (1983), sendo que Park, Shin e Chang (2010) dividem os fornecedores em dois grupos: alto risco de suprimento, que correspondem às categorias estratégico e gargalo, para os quais adotam-se estratégias de cooperação; e baixo risco de suprimento, correspondentes às categorias não críticos e alavancagem, para os quais adotam-se estratégias competitivas, buscando reduzir custos através do poder de compra;
- ***Passo 2: Análise do relacionamento com o fornecedor:*** Os fornecedores de itens de alto risco são reclassificados levando em consideração o método proposto por Olsen e Ellram (1997), que propõem categorizar as relações com fornecedores em função de dois aspectos, a atratividade relativa do fornecedor e a força da relação. Para os fornecedores de itens de baixo risco não se aplica o passo 2, vai-se direto ao passo 3.
- ***Passo 3: Desenvolvimento de planos de ação:*** Para os itens de baixo risco, os planos de ação são determinados de acordo com Kraljic (1983), cujas recomendações de estratégias incluem padronização e processamento eficiente para itens não-críticos, e exploração do poder e consolidação de volume, para os itens de alavancagem. No caso dos itens de alto risco, os planos de ação são elaborados segundo sugestões de Olsen e Ellram (1997), que levam em consideração a análise do relacionamento com o fornecedor e as características dos itens comprados (PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Seleção de fornecedores

A seleção de fornecedores é realizada em duas etapas, sendo que em cada etapa inicialmente são estabelecidos os critérios a serem utilizados para avaliação.

- ***Pré-seleção e cadastramento de fornecedores:*** avaliação de fornecedores em relação a critérios como capacidade financeira e tecnológica, para inclusão no

cadastro. O cadastro de fornecedores é utilizado para apoiar na gestão de fornecedores, que inclui atividades de desenvolvimento e avaliação de fornecedores;

- ***Seleção de parceiros para colaboração:*** selecionar fornecedores de materiais diretos, considerando critérios como custo, entrega e qualidade, para desenvolvimento de parcerias (PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Park, Shin e Chang (2010) sugerem utilizar o método *analytic hierarchy process* (AHP) para efetuar a seleção de fornecedores nas duas etapas descritas.

Colaboração com fornecedores

A colaboração, por meio do envolvimento de fornecedores, é alcançada com a implementação de estratégias de colaboração e a implantação de um sistema de informações. A colaboração entre as áreas internas da empresa é considerada essencial. As estratégias de colaboração com fornecedores podem ser segmentadas em dois estágios, durante o desenvolvimento de produto e durante a o estágio de produção:

- ***Estratégias de colaboração durante o desenvolvimento de produto:*** é recomendado envolver os fornecedores na etapa inicial do projeto (*early supplier involvement*), promovendo uma interface efetiva com um sistema de engenharia simultânea. Aspectos relevantes a serem considerados incluem intercâmbio de informações no projeto e decisões relacionadas ao prazo de duração dos contratos com fornecedores;
- ***Estratégias de colaboração durante a etapa de produção:*** é sugerido utilizar as técnicas de *just in time* (JIT), *vendor managed inventory* (VMI) e *collaborative planning, forecasting, and replenishment* (CPFR). Aspectos importantes para fomentar a colaboração nesta etapa incluem compartilhamento de custos e de recompensas, comprometimento, confiança, comunicação e compartilhamento de informações (PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Adicionalmente, Park, Shin e Chang (2010) consideram necessário implantar um sistema de informações para apoiar os gestores de compras a promover a colaboração com os fornecedores, assim como internamente na empresa, que inclui a cooperação entre as áreas de compras, produção e marketing. Assim, Park, Shin e Chang (2010) sugerem uma arquitetura de um sistema de informações para gestão de relacionamento com fornecedores, concebido interligado a outros sistemas de informações, incluindo *enterprise resource planning* (ERP), (APS), *manufacturing execution system* (MES), *warehouse management system* (WMS) e outros sistemas legados, que por estar fora do escopo do presente trabalho, não será aqui abordado.

Avaliar e desenvolver fornecedores

A avaliação é efetuada com o propósito de segmentar os fornecedores, para promover atividades de desenvolvimento com fornecedores selecionados. Park, Shin e Chang (2010) propõem realizar a avaliação e desenvolvimento de fornecedores conforme as etapas resumidas a seguir:

- ***Avaliação estratégica de materiais***: inicialmente, os materiais são classificados conforme sua importância estratégica, de acordo com Kraljic (1983); a seguir, determina-se a atratividade do relacionamento com o fornecedor, conforme Olsen e Ellram (1997); da combinação destas classificações, resulta a avaliação estratégica de materiais, com o estabelecimento de três categorias de relacionamento com fornecedores: transacional, colaborativo e estratégico.
- ***Avaliação de fornecedores***: os fornecedores são avaliados utilizando três critérios: capacidades, que inclui capacidade tecnológica, financeira e de produção, sistema da qualidade, organização e reputação; desempenho nos aspectos de qualidade, custo e entrega; e relacionamento colaborativo, que inclui cooperação, comprometimento, conformidade, resolução de conflitos e mutualidade. Decorrentes desta avaliação, os fornecedores são classificados nos grupos excelentes, bons e ruins;
- ***Avaliação do relacionamento com o fornecedor***: para classificar os fornecedores nas categorias: melhoria, manutenção, colaboração e *prime*;
- ***Desenvolvimento de fornecedores***: é um processo que visa melhorar o desempenho dos fornecedores, em um contexto em que se busca reduzir a base de fornecimento para melhorar a eficiência dos fornecedores remanescentes. São definidos quatro grupos de programas de desenvolvimento de fornecedores: grupo *prime*, provendo incentivo intenso e construindo relacionamentos de longo prazo; grupo de colaboração, com ênfase na melhoria da cooperação para gerar maiores benefícios mútuos; grupo de manutenção, buscando manter o padrão de desempenho existente; e grupo de melhoria, com foco em realizar inspeções e atividades de melhoria junto aos fornecedores (PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Incentivar a melhoria contínua

Park, Shin e Chang (2010) propõem promover a melhoria contínua no sistema de gestão de relacionamento com fornecedores por meio de cinco atividades, seguindo o ciclo PDCA: planejar melhorias para o sistema; operar o sistema conforme planejado; avaliar o sistema; avaliar as pessoas que operam o sistema; e implementar melhorias no sistema de gestão de relacionamento com fornecedores.

Finalizando seu trabalho, Park, Shin e Chang (2010) realizam um estudo de caso com a aplicação do *framework* em uma empresa coreana fabricante de semicondutores e concluem que a aplicação do *framework* pode contribuir para reduzir os custos de aquisição, desenvolver produtos dentro do prazo previsto e para melhoria no desempenho da produção em qualidade e prazo de entrega.

2.4.3.5 O *framework* de Jeong et al. (2012)

Jeong et al. (2012) desenvolveram um *framework* híbrido, combinando aspectos de gestão de materiais e de gestão de relacionamento com fornecedores, com foco específico em indústrias de casas pré-fabricadas dos Estados Unidos.

Em uma pesquisa tipo *survey* realizada com empresas produtoras de casas pré-fabricadas localizadas no estado de Indiana, Estados Unidos, Jeong et al. (2012) identificaram deficiências na implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos e de gestão de materiais. Por exemplo, as empresas dedicavam pouca atenção à gestão de relacionamento com fornecedores, não havia diretrizes formais para seleção de fornecedores, nem processo de avaliação de desempenho de fornecedores. Com relação à gestão de materiais, chamou a atenção dos pesquisadores a inexistência de um sistema informatizado para controle de materiais, com o controle de estoque sendo realizado manualmente, com base na experiência do gerente da área.

Para contribuir com a melhoria de desempenho nos processos mencionados, Jeong et al. (2012) propuseram um *framework* abrangendo aspectos de gestão de materiais e de relações com fornecedores, composto por seis módulos: seleção de fornecedores, elaboração de contratos com fornecedores, categorização de materiais, determinação de estoques de segurança, *procurement* de materiais e avaliação de desempenho de fornecedores. A abordagem do *framework* de Jeong et al. (2012) não foi considerada relevante ao presente estudo e, portanto, não será aqui detalhada.

2.4.3.6 O *framework* do Global Supply Chain Forum – Lambert e Schwieterman (2012) e Croxton et al. (2001)

Conforme abordado anteriormente no item 2.2.2.2, o *framework* para gestão da cadeia de suprimentos do Global Supply Chain Forum (GSCF) identifica os oito processos de negócio-chave que necessitam ser implementados para a gestão da cadeia de suprimentos e indica que os processos de gestão de relacionamento com fornecedores e de gestão de relacionamento com clientes estabelecem as ligações críticas na cadeia de suprimentos e coordenam os outros seis processos (CROXTON et al., 2001; LAMBERT; GARCÍA-DASTUGUE; CROXTON, 2005).

A gestão da cadeia de suprimentos efetivamente refere-se ao gerenciamento de relacionamentos. A cadeia de suprimentos é gerenciada elo por elo, relacionamento por relacionamento e prosperam as empresas que melhor administram estes relacionamentos. Por esta razão, os gestores necessitam de ferramentas para estruturar os relacionamentos-chave com fornecedores e clientes (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012).

O processo de gestão de relacionamento com fornecedores e as ferramentas desenvolvidas para apoiar o desenvolvimento dos relacionamentos-chave com fornecedores vem sendo abordados em diversas publicações de acadêmicos do GSCF, desde meados de 1996 (LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b) até os dias atuais (LAMBERT; ENZ, 2017). Neste estudo, denomina-se *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF ao conjunto de conceitos e práticas relacionados ao processo de gestão de relacionamento com fornecedores propostos em diversas publicações de acadêmicos do GSCF. Os principais elementos do *framework* foram apresentados em Croxton et al. (2001) e detalhados em Lambert e Schwieterman (2012), que se constitui no trabalho de maior relevância do grupo de autores sobre o tema. Incluem-se, como componentes do *framework* do GSCF, o modelo de parceria e o *framework* da colaboração do GSCF, que são abordados em outras publicações do grupo. A seguir, apresenta-se uma síntese do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF.

Seguindo as recomendações de Dyer, Cho e Chu (1998), o *framework* de gestão de relacionamentos com fornecedores do GSCF aconselha desenvolver relações próximas com um grupo seletivo de fornecedores e manter relações comerciais convencionais com os demais. Com os fornecedores são estabelecidos acordos de fornecimento de produto e serviço (AFPS), que definem os termos do relacionamento. A gestão de relacionamento com fornecedores refere-se a definir e gerenciar estes AFPS. Na etapa inicial, são identificados os fornecedores e grupos de fornecedores mais importantes e determinadas as diretrizes para elaboração dos AFPS, para cada segmento de fornecedores. A seguir, AFPS padronizados são estabelecidos com os

fornecedores convencionais e AFPS customizados são desenvolvidos com os fornecedores-chave. Posteriormente, relatórios de desempenho são elaborados para medir o impacto individual de cada fornecedor no lucro da organização, bem como o impacto da empresa sobre a rentabilidade dos fornecedores (CROXTON et al., 2001; LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012).

O *framework* do GSCF decompõe a gestão de relacionamento com fornecedores em dois subprocessos, um estratégico e outro operacional. O processo estratégico é liderado por um executivo sênior e por uma equipe de gerentes que representam as funções típicas de negócios, tais como marketing e vendas, finanças, produção, compras, logística e pesquisa e desenvolvimento. No nível operacional forma-se uma equipe para cada fornecedor-chave e uma equipe para cada segmento de fornecedores convencionais. As equipes de gestão de fornecedores-chave concorrentes devem ser distintas, não pode haver compartilhamento de nenhum membro entre estas equipes (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

No nível estratégico, são estabelecidos os seguintes subprocessos:

- ***Avaliar a estratégia corporativa, de marketing, de manufatura e de sourcing:*** para identificar produtos e serviços (e respectivos segmentos de fornecedores) que são críticos para o sucesso da organização, no momento atual e no futuro. Se um mapeamento da cadeia de suprimentos estiver disponível, é possível identificar questões estratégicas como oportunidades para cocriação de valor, problemas de sustentabilidade e riscos de suprimento e incorporá-las em uma estratégia abrangente para gestão de relacionamento com fornecedores. Em seguida, identifica-se com quais fornecedores deve-se desenvolver relações de longo prazo;
- ***Identificar critérios para segmentação de fornecedores:*** para determinar com quais fornecedores serão desenvolvidos AFPS customizados e para quais grupos de fornecedores serão elaborados AFPS padronizados. A escolha dos critérios deve levar em consideração as metas e necessidades da organização. Possíveis critérios de segmentação incluem: lucratividade, crescimento e estabilidade, criticidade, nível de serviço desejado, sofisticação e/ou compatibilidade do processo de implementação do fornecedor, compatibilidade e capacidade tecnológica do fornecedor, volume comprado, capacidade disponível do fornecedor, cultura de inovação do fornecedor, potencial para cocriar valor e sustentabilidade nos aspectos social, ambiental e econômico. A equipe determina quais critérios utilizar e como os fornecedores serão avaliados nestes critérios, criando um esquema de

segmentação a ser utilizado na etapa operacional. Alguns exemplos de esquemas de segmentação usados por associados do GSCF: a Wendy's International utilizou uma matriz de segmentação com as variáveis “complexidade” e “volume de dispêndio”, com a segmentação de fornecedores nas categorias estratégico, gargalo, alavancagem e não crítico, conforme proposto por Kraljic (1983); a Masterfoods USA utilizou o mesmo esquema, porém construiu a matriz de segmentação com as variáveis “risco de suprimento” e “potencial de contribuição”; a Coca-Cola Company também utilizou o mesmo esquema, porém considerando as variáveis “risco de suprimento”, avaliado considerando treze critérios e “potencial de agregação de valor”, medido conforme doze critérios;

- ***Estabelecer diretrizes para o grau de customização dos AFPS:*** considerando implicações de receita e custos, a equipe determina os limites para o grau de diferenciação dos AFPS com os fornecedores-chave. Para isso, é necessária interação dos membros da equipe estratégica com os grupos de processo para entender o nível de personalização desejado e identificar sistemas de apoio requeridos para implementação dos AFPS;
- ***Desenvolver um quadro de métricas*** para medir o sucesso dos relacionamentos com os fornecedores, descrevendo as métricas de interesse e relacionando-as com o impacto dos fornecedores na lucratividade da empresa e da empresa na lucratividade dos fornecedores. Deve-se assegurar que não haja conflito entre as métricas de desempenho dos fornecedores com métricas utilizadas em outros processos. É importante que as relações sejam ganha-ganha, para estimular a continuidade dos relacionamentos;
- ***Desenvolver diretrizes para compartilhamento com fornecedores*** dos benefícios obtidos com as melhorias de processo: deve-se repartir com os fornecedores envolvidos os ganhos obtidos com as melhorias implantadas, para assegurar comprometimento total destes fornecedores com as metas da organização (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

No nível operacional, são definidos os seguintes subprocessos:

- ***Efetuar a segmentação de fornecedores***, utilizando os critérios estabelecidos na etapa estratégica. Os dados de saída deste subprocesso são a identificação dos fornecedores-chave e a alocação dos fornecedores convencionais em segmentos;

- ***Preparar as equipes multidisciplinares de gestão de relacionamento com fornecedores***, constituídas por membros representantes das áreas funcionais. Formam-se equipes específicas para cada fornecedor-chave, que se reúnem regularmente com as equipes dos fornecedores-chave, e para cada segmento de fornecedores convencionais, que desenvolvem e gerenciam os AFPS padronizados, que são apresentados pelo comprador ao representante do fornecedor convencional. Cada equipe é liderada por um comprador, que exerce o papel de gerente de relacionamento com o fornecedor-chave ou com o segmento de fornecedores convencionais;
- ***Avaliação dos fornecedores-chave e dos segmentos de fornecedores*** pelas equipes de gestão de fornecedores, para determinar o papel de cada fornecedor-chave e de cada segmento de fornecedores na cadeia de suprimentos;
- ***Identificar oportunidades de melhorias com os fornecedores***: as equipes de gestão de relacionamento com fornecedores interagem com os fornecedores e com os grupos internos responsáveis pelos outros processos de gestão da cadeia de suprimentos para identificar oportunidades de melhorias;
- ***Desenvolver os AFPS***: as equipes de gestão de relacionamento com fornecedores-chave reúnem-se com as equipes dos fornecedores-chave para negociar e estabelecer AFPS mutuamente benéficos, que devem incluir planos de comunicação e de melhoria contínua. Existem duas ferramentas desenvolvidas pelo GSCF que podem apoiar no desenvolvimento dos AFPS: o modelo de parceria e o *framework* de colaboração, que serão abordados posteriormente. As equipes de gestão de relacionamento com segmentos de fornecedores convencionais elaboram os AFPS padronizados para cada segmento de fornecedores, que estabelecem os requisitos mínimos, obrigatórios e não-negociáveis, que devem ser atendidos pelos fornecedores convencionais;
- ***Implementar os AFPS*** que foram estabelecidos na etapa anterior;
- ***Medir e gerar relatórios de desempenho de fornecedores***, para verificar se as metas estabelecidas foram alcançadas e direcionar ações para administrar o programa de gestão de relacionamento com fornecedores (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

Para prover uma estrutura para desenvolver os relacionamentos com os fornecedores-chave, o GSCF desenvolveu um método denominado modelo de parceria do GSCF

(LAMBERT; ENZ, 2017). O modelo de parceria foi inicialmente apresentado em Lambert, Emmelhainz e Gardner (1996a) e Lambert, Emmelhainz e Gardner (1996b) e posteriormente detalhado, com exemplos de aplicação, em Lambert, Emmelhainz e Gardner (1999), Lambert, Knemeyer e Gardner (2004) e Lambert e Knemeyer (2004).

a. O modelo de parceria do Global Supply Chain Forum (GSCF)

O modelo de parceria do GSCF incorpora as lições aprendidas nas empresas constituintes do GSCF em suas melhores experiências de parcerias. Parcerias são custosas para se implementar, requerem muita coordenação, comunicação e compartilhamento de riscos. Em muitos casos, não há necessidade de se estabelecer uma parceria, um bom contrato é suficiente para produzir os resultados necessários. Somente se justifica implementar uma parceria quando se projeta obter resultados substancialmente melhores daqueles que poderiam ser atingidos sem a parceria (LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004).

O modelo de parceria estabelece quatro principais áreas de atenção a serem consideradas para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria entre comprador e fornecedor: fatores direcionadores, fatores facilitadores, componentes de gerenciamento e resultados da parceria. Inicialmente, são identificados os fatores direcionadores e facilitadores, a partir deles é determinado o tipo de parceria a ser estabelecida e, por último, são estabelecidos os componentes de gestão da parceria, que conduzem à obtenção dos resultados. O modelo de parceria do GSCF é colocado em prática em um *workshop* com a duração de um dia e meio, envolvendo executivos da alta administração, gerentes e funcionários das áreas de operações e de apoio das empresas compradora e fornecedora (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT, 2014; LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999).

Os direcionadores são as razões motivadores de cada empresa, que fundamentam a realização da parceria e são classificados em quatro categorias: eficiências de custos e de ativos, melhorias de serviço ao consumidor, vantagens de mercado e estabilidade e crescimento nos lucros. Inicialmente, as equipes das duas empresas identificam individualmente seus direcionadores, que a seguir são apresentados e discutidos com a outra parte, para estabelecer direcionadores consensuais para a parceria (LAMBERT, 2014; LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999).

Na etapa seguinte são identificados os fatores facilitadores, que referem-se aos elementos-chave existentes para apoiar a realização da parceria. Há quatro facilitadores

principais: compatibilidade de cultura empresarial, compatibilidade das filosofias e técnicas de gestão, forte senso de reciprocidade (de propósitos e perspectivas) e simetria (escala de produção, posição no mercado e imagem da marca comparáveis, ou, quando há diferença significativa de tamanho entre as partes, se cada empresa possui igual poder para influenciar o sucesso no mercado da outra parte); e cinco facilitadores adicionais: compartilhamento de concorrentes, proximidade física, potencial para exclusividade, experiência em relacionamento anterior e compartilhamento de usuários finais. Além destes facilitadores, podem ser identificados outros, porventura existentes. A ausência dos fatores facilitadores mencionados não inviabiliza uma parceria, mas a presença dos mesmos aprofunda as conexões (LAMBERT, 2014; LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999).

Os fatores direcionadores e facilitadores apoiam a determinação do tipo de parceria a ser construída entre comprador e fornecedor, que são classificadas em três tipos:

- **Parcerias tipo I:** As empresas se reconhecem como parceiras e desenvolvem planejamento e coordenação, de modo limitado. Geralmente, têm um foco de curto-prazo e envolvem somente uma divisão ou área funcional entre as partes;
- **Parcerias tipo II:** As empresas evoluem de coordenação para integração de atividades, envolvendo várias divisões e funções das duas empresas. Têm um horizonte de longo prazo, embora sem expectativas de durar para sempre, e;
- **Parcerias tipo III:** As empresas compartilham um nível significativo de integração, em que cada parte se considera como se fosse uma extensão da outra parte. Têm um horizonte de longo prazo e, tipicamente, não existe uma data determinada para o fim da parceria. Correspondem, na terminologia de alianças, às alianças estratégicas. As parcerias tipo III devem ser reservadas apenas aos fornecedores que são críticos para o sucesso no longo prazo da organização compradora (LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999).

Em situações onde se verifica baixo grau de fatores direcionadores e facilitadores não é recomendado estabelecer parcerias, sendo preferível manter relações *arm's length* (LAMBERT; KNEMEYER, 2004).

Definido o tipo de parceria a ser adotado, foca-se na determinação dos componentes de gerenciamento da parceria, que se referem aos processos e atividades necessários para iniciar e sustentar a parceria. Os componentes de gestão incluem planejamento de atividades, controles operacionais conjuntos, comunicação entre as empresas, compartilhamento de riscos e de

recompensas, confiança e comprometimento, tipo de contrato, escopo e investimento financeiro da parceria. As equipes das duas empresas desenvolvem planos de ação para implementar os componentes de gerenciamento em um nível apropriado ao tipo de parceria estabelecido. Ao término do *workshop*, as empresas estão providas com planos de ação, prazos e responsáveis para execução das atividades para implementar e desenvolver a parceria, bem como com critérios para apuração e compartilhamento dos resultados atingidos (LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999).

Recomenda-se a utilização do modelo de parceria quando houver ocorrido relacionamento prévio entre as empresas, com suficiente conhecimento entre as partes para viabilizar a realização das atividades descritas. Para situações em que haja potencial significativo de colaboração, mas o relacionamento é novo ou as partes não tem informações suficientes para realizar as atividades anteriormente descritas, o GSCF desenvolveu uma ferramenta denominada *framework* de colaboração do GSCF (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT, 2014).

b. O framework de colaboração do GSCF

O *framework* de colaboração é constituído por seis atividades: avaliar os fatores direcionadores de cada empresa, alinhar expectativas, desenvolver planos de ação, desenvolver acordo de fornecimento de produtos e serviços, avaliar desempenho e reexaminar os fatores direcionadores periodicamente. A aplicação do método é iniciada em uma reunião com a duração de um dia, envolvendo funcionários de diversos níveis de múltiplas áreas das duas organizações, incluindo representantes da alta administração. Nesta reunião são definidas as expectativas, desenvolvidos os planos de ação e atribuídas as responsabilidades, de forma a possibilitar que posteriormente sejam efetuadas avaliação de desempenho e reexame de direcionadores de modo regular e periódico (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT, 2014).

O modelo de parceria e o *framework* de colaboração do GSCF podem ser utilizados para desenvolver e implementar AFPS com fornecedores-chave (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012). É apropriado, também, para casos em que as duas organizações possuem importantes negócios conjuntos, mas os gestores não consideram o relacionamento como estratégico (LAMBERT; ENZ, 2017; LAMBERT, 2014).

Com relação às limitações de utilização do *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF, Lambert e Schwieterman (2012) afirmam que o mesmo foi somente

aplicado nos Estados Unidos, nas empresas participantes do GSCF e reconhecem a necessidade de testá-lo em outras organizações e em outros países. A aplicabilidade do *framework* para gestão de relacionamentos com fornecedores do GSCF em organizações hospitalares será posteriormente discutida.

Com a abordagem realizada, conseguiu-se responder à questão de pesquisa I.2 (quais são os *frameworks* propostos na literatura acadêmica para gestão de relacionamento com fornecedores?) e atingir o objetivo auxiliar I.2 (identificar e analisar *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores). A seguir, discutem-se aspectos que distinguem a gestão de relações com fornecedores no setor hospitalar.

2.4.4 Características específicas que distinguem a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares

No tópico 2.1.2 foram apontados os principais aspectos que geram dificuldades e barreiras para a implementação da gestão da cadeia de suprimentos no segmento hospitalar, conforme indicações de Chen, Preston e Xia (2013), Beier (1995), Germain et al. (2011), Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), Bego (2016) e Böhme et al. (2014).

Os aspectos apontados também dificultam a implantação da gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares. Porém, um dos aspectos indicados por Chen, Preston e Xia (2013), que a decisão da compra de itens médico hospitalares é muitas vezes direcionada pela preferência dos médicos, sendo tomada de modo subjetivo, sem considerar critérios objetivos comumente adotados em setores industriais, que direcionam a decisão de compra buscando minimizar o custo total de propriedade (VAN WEELE, 2014; ANDERSON; KATZ, 1998), pode ser considerado particularmente crítico para a implementação da gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais.

Deste modo, decidiu-se realizar uma revisão sistemática de literatura sobre o tema “decisão de compra em hospitais” para melhor compreensão deste relevante aspecto que impacta a gestão de relacionamento com fornecedores, contribuindo para responder a subquestão de pesquisa I.3 (quais características específicas diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações do setor hospitalar relativamente às organizações de outros setores da economia?).

Para realizar a revisão sistemática de literatura sobre decisão de compra em hospitais foram utilizados os mesmos passos descritos anteriormente em 2.4.1, resumidos a seguir.

Formular as questões de pesquisa da revisão sistemática

- Como é realizada a decisão de compra em organizações hospitalares (hospitais)?

Localizar os estudos

Para localizar os estudos, foram realizadas buscas nas bases de dados Web of Science e Scopus durante o mês de novembro de 2016, conforme segue.

- **Web of Science**

Foram utilizados os seguintes argumentos:

- Termo “*purchasing decision*” no campo “Tópico” **AND** termo “*hospital*” no campo “Tópico”;
- Tempo estipulado: “Todos os anos”;
- Tipo de documento: “*Article*”.

Como resultado, foram obtidos dois estudos.

- Termos “*purchase decision*” no campo “Tópico” **AND** termo “*hospital*” no campo “Tópico”;
- Tempo estipulado: “Todos os anos”;
- Tipo de documento: “*Article*”.

Como resultado, foram obtidos seis estudos.

- **Scopus**

Foram realizadas buscas com os seguintes argumentos:

- Termo: “*purchasing decision*” no campo “*Article title, Abstract, Keywords*” **AND** termo “*hospital*” no campo “*Article title, Abstract, Keywords*”;
- Ano: Todos os anos;
- *Document type: Article + Review*;
- *Source type: Journals*;
- *Language: English*.

Como resultado, foram obtidos 122 estudos.

- Termo: “*purchase decision*” no campo “*Article title, Abstract, Keywords*” **AND** termo “*hospital*” no campo “*Article title, Abstract, Keywords*”;
- Ano: Todos os anos;
- *Document type: Article + Review*;
- *Source type: Journals*;

- *Language: English.*
- Como resultado, foram obtidos 52 estudos.

Selecionar e avaliar os estudos

Após a leitura dos resumos dos estudos identificados nas bases Web of Science e Scopus, foram selecionados dez artigos relacionados com a questão de pesquisa. Posteriormente durante a etapa de revisão dos artigos selecionados, foram identificamos mais quatorze trabalhos, os quais foram também revisados. No total, a revisão sistemática sobre decisão de compra em hospitais envolveu 24 artigos, que estão relacionados no Apêndice B – Lista de referências utilizadas na revisão sistemática de literatura sobre decisão de compra em organizações hospitalares.

Analisar e sintetizar as informações obtidas e reportar e disseminar os resultados

A síntese dos resultados obtidos na revisão sistemática sobre decisão de compra em organizações hospitalares é apresentada a seguir.

A revisão sistemática trouxe contribuições relevantes para melhorar o entendimento do complexo processo de tomada de decisão de compra em instituições hospitalares. O resumo dos resultados está dividido em cinco tópicos. Inicialmente, relatam-se alguns fatores relativos ao *modus operandi* de muitos hospitais, que ajudam a explicar as dificuldades enfrentadas para implementar iniciativas de redução de custos. O tema seguinte são os “itens de preferência médica”, que corresponde a um dos principais focos contemporâneos da gestão de suprimentos hospitalares, com a abordagem das dificuldades (segundo tópico) e estratégias (terceiro tópico) para gerenciamento e redução de custos com itens especificados conforme as preferências dos médicos. No quarto tópico são apresentadas as recomendações para melhorias no processo de tomada de decisão de compras hospitalares. Por último, são apresentados relatos de boas práticas na decisão de compras hospitalares.

2.4.4.1 Aspectos relacionados ao *modus operandi* que dificultam a redução de custos nas organizações hospitalares

A revisão sistemática indicou alguns aspectos relacionados com o *modus operandi* de muitos hospitais, que refletem o modo de agir e pensar de muitos médicos e gestores hospitalares, que contribuem para dificultar a implementação de ações para redução de custos em hospitais: a maioria dos médicos desconhece os custos de itens hospitalares (BADE; HOOGERBRUG, 2015; SEHGAL; GORMAN, 2011; ALLAN; LEXCHIN, 2008), o preço é

considerado um critério secundário na decisão de compra (LAMBERT; ADAMS; EMMELHAINZ, 1997) e existem resistências à redução de estoques de materiais hospitalares (KUMAR; DEGROOT; CHOE, 2008), conforme discute-se a seguir.

a. A maioria dos médicos desconhece os custos hospitalares

Diversos trabalhos indicam que a maioria dos médicos tem conhecimento limitado sobre custos hospitalares. Allan e Lexchin (2008) revisaram quatorze estudos realizados em países da América do Norte (Estados Unidos e Canadá) e Europa (Reino Unido, Itália e Dinamarca) que buscaram verificar o conhecimento dos médicos sobre custos hospitalares de exames de diagnóstico, equipamentos e materiais médicos. Concluíram que, em média, apenas 33% dos médicos conseguiram indicar tais custos com precisão de até 25% do valor real.

Sehgal e Gorman (2011) realizaram uma pesquisa com médicos residentes e corpo docente (professores titulares, associados, assistentes e preceptores) da área de medicina interna em um hospital universitário de nível terciário nos Estados Unidos, para averiguar o conhecimento sobre custos de exames de diagnóstico. Constataram que menos de um quarto dos médicos apontaram os custos em uma faixa de precisão de até 25% do valor real, com resultados similares entre residentes e membros do corpo docente.

Bade e Hoogerbrug (2015) estudaram o conhecimento de médicos cirurgiões da Nova Zelândia sobre custos com exames diagnósticos, procedimentos e recursos médicos relacionados com cuidados de pacientes cirúrgicos e identificaram que apenas 18,6% dos cirurgiões indicaram os custos dentro de uma faixa de acurácia de até 25% dos valores reais.

Considerando que o conhecimento dos custos é essencial para possibilitar o uso eficaz dos recursos médicos, são necessárias mais pesquisas para elucidar os meios mais efetivos para alcançar aumento no conhecimento dos médicos sobre custos, bem como expandir os estudos para outros países. Reconhecendo que iniciativas como enviar lembretes por computador aos médicos ou realizar palestras têm sido ineficazes, existem sugestões para adotar iniciativas como: divulgar aos médicos relatórios indicando seus gastos individuais em comparação aos pares; colocar adesivos com preços nos formulários de solicitação de exames e procedimentos e nas embalagens de materiais consumíveis; e prover informação de preços nos sistemas computadorizados dos hospitais (BADE; HOOGERBRUG, 2015; ALLAN; LEXCHIN, 2008).

b. Preço considerado como critério secundário na decisão de compra

Por meio de uma pesquisa com a participação de 299 hospitais dos Estados Unidos, dos quais mais da metade possuíam acima de 400 leitos, Lambert, Adams e Emmelhainz (1997)

identificaram qualidade do produto, entrega e serviços como os principais critérios utilizados para decisão de compra e seleção de fornecedores nas instituições estudadas. Apesar da pressão por redução de custos enfrentadas pelos hospitais, o preço foi considerado como um critério secundário na decisão de compra. Este comportamento pode ser explicado pela extrema criticidade da qualidade na área hospitalar (LAMBERT; ADAMS; EMMELHAINZ, 1997).

Nesta mesma pesquisa, Lambert, Adams e Emmelhainz (1997) verificaram que o desempenho dos fornecedores estava aquém do esperado pelos hospitais, sugerindo oportunidades para implantação de melhorias pelos fornecedores. Aprimoramentos em aspectos como entrega e serviços ao cliente poderiam resultar em melhor oferta de valor aos hospitais, gerando possibilidades de maior participação de mercado e aumento de retornos financeiros para o fornecedor, visto que o preço não era considerado pelos hospitais como um fator crítico (LAMBERT; ADAMS; EMMELHAINZ, 1997).

c. Resistências à redução de estoques

Kumar, Degroot e Choe (2008) indicam que os riscos à segurança do paciente decorrentes de uma eventual indisponibilidade de estoque é um argumento utilizado por instituições hospitalares para justificar a não adoção de estratégias como *just in time* e *kanban*, que poderiam ser úteis para reduzir estoques de materiais hospitalares. O inventário de suprimentos médicos deve estar disponível para uso imediato pelos profissionais médicos. No entanto, se a redução de estoque pode não ser viável, a colaboração entre os hospitais e fornecedores é necessária para prover um sistema melhor, a exemplo do que ocorre em outros segmentos do setor de serviços, como supermercados e varejo, nos quais existe uma melhor conexão na cadeia de suprimentos, desde o cliente até o fornecedor (KUMAR; DEGROOT; CHOE, 2008).

A abordagem dos itens de preferência médica é iniciada a partir do próximo tópico, que discute as principais dificuldades enfrentadas para a redução de custos na aquisição destes itens.

2.4.4.2 Dificuldades para gerenciar e reduzir custos de itens de preferência médica

A maioria dos materiais hospitalares mais onerosos correspondem aos “itens de preferência médica”, assim denominados devido à autonomia de cada médico para selecionar uma marca ou item particular, a ser utilizado para um paciente específico (KETCHAM; FURUKAWA, 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; WILSON et al., 2008). Estes itens concentram-se nas áreas de cirurgia ortopédica, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular e serviços de cardiologia intervencionista, incluindo implantes de joelho e quadril, *stents*

cardíacos e dispositivos mecânicos utilizados em cirurgias da coluna (ROBINSON, 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; WILSON et al., 2008).

Os itens de preferência médica representam um terço dos custos globais de suprimentos hospitalares e estão aumentando percentualmente, em relação ao custo total (ROBINSON, 2008). Devido ao envelhecimento das populações, projeções indicam grande aumento neste tipo de cirurgias nas próximas décadas, podendo atingir uma situação economicamente insustentável para os hospitais e agentes pagadores, caso as estratégias implementadas para conter estes custos não obtenham sucesso (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; WILSON et al., 2008). Assim, o gerenciamento da escolha destes dispositivos torne-se essencial para a eficiência da cadeia de suprimentos e para o bem-estar financeiro do hospital (ROBINSON, 2008).

Porém, os objetivos de redução de custos das organizações hospitalares por meio do gerenciamento de itens de preferência médica estão inseridos em um contexto de muita complexidade, que envolve: relações de poder e dependência com médicos cirurgiões e fornecedores, que controlam recursos importantes no ambiente de suprimento, gerando oportunidades para alguns médicos e fornecedores obterem vantagens financeiras, em detrimento dos interesses das instituições hospitalares (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; ROBINSON, 2008; BURNS et al., 2009); e dificuldades na padronização de itens no setor hospitalar, que coloca barreiras para a intercambialidade e abre espaço para cobrança de preços elevados pelos fornecedores de itens de preferência médica (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; ROBINSON, 2008), conforme aborda-se a seguir.

a. Condutas de alguns médicos e fornecedores como obstáculo para redução de custos com itens de preferência médica

As atitudes de alguns médicos cirurgiões são apontadas por Montgomery e Schneller (2007) e Robinson (2008) como um dos principais obstáculos para redução de custos com itens de preferência médica. O cirurgião é responsável por decidir sobre a especificação e o fabricante dos dispositivos e, tipicamente, não leva em consideração aspectos econômicos nesta decisão (ROBINSON, 2008). A escolha baseia-se na experiência pessoal do cirurgião com determinados produtos, em sua avaliação de interesses particulares dos pacientes e em seus relacionamentos com representantes de vendas dos fornecedores destes materiais, podendo ocorrer uma desconexão entre os objetivos de contenção de custos dos hospitais e as preferências dos cirurgiões (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; WILSON et al., 2008).

Robinson (2008) afirma que existe forte afinidade de alguns cirurgiões com fabricantes de dispositivos médicos. Determinados dispositivos são desenvolvidos pelos fabricantes em colaboração com cirurgiões, que podem receber benefícios financeiros pela utilização destes produtos. Pagamentos recebidos de fabricantes de dispositivos podem superar os ganhos profissionais de alguns cirurgiões. Nos Estados Unidos, há registros de acordos extra judiciais firmados em 2007 com multas de 310 milhões de dólares aplicadas para fabricantes de dispositivos, por pagamentos indevidos a médicos cirurgiões (ROBINSON, 2008).

Situação análoga foi constatada por Burns et al. (2009) em pesquisa respondida por 201 cirurgiões ortopédicos que atuam no estado da Pensilvânia, nos Estados Unidos. Alguns destes cirurgiões também podem receber recompensa financeira dos fabricantes de dispositivos implantáveis, além de possuírem relações próximas com os representantes de vendas dos fabricantes, tendendo a desenvolver maior lealdade com os fornecedores e seus representantes do que com os hospitais (BURNS et al., 2009).

Os cirurgiões ortopédicos tendem a possuir maior alinhamento com os fornecedores de dispositivos implantáveis e seus representantes do que com os hospitais. Este comportamento pode ser explicado por três fatores: um histórico, relacionado com a duração do relacionamento com o fornecedor; um fator financeiro, devido às recompensas monetárias recebidas do fornecedor de implantes; e um componente de serviços, relacionado com os treinamentos e serviços prestados pelo representante de vendas (BURNS et al., 2009).

Frequentemente, os cirurgiões são treinados no uso de linhas específicas de instrumentos e são relutantes em trocar de marcas. É usual, também, a presença de representantes de vendas dos fabricantes nos centros cirúrgicos, apoiando as decisões clínicas finais e influenciando as escolhas dos cirurgiões (ROBINSON, 2008)

O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) relatam a participação frequente de representantes de fabricantes de dispositivos médicos implantáveis em cirurgias, colocando em discussão os níveis de competência das equipes cirúrgicas, incluindo o cirurgião, em função da dependência da presença constante de representantes.

Nas últimas décadas, os representantes de vendas de dispositivos médicos tornaram-se parte integrante das equipes de muitos centros cirúrgicos hospitalares. Cirurgiões e representantes desenvolvem relações de trabalho próximas. Enquanto os cirurgiões aparentam estar indiscutivelmente no comando, os representantes trabalham arduamente para se tornarem indispensáveis, em um esforço para exercer influência e agregar serviços personalizados aos produtos que vendem, buscando obter a lealdade dos cirurgiões a eles pessoalmente, e por extensão, aos seus produtos e às suas empresas. Alguns cirurgiões, mesmo desconfortáveis com

os papéis exercidos pelos representantes, ainda defendem seus relacionamentos com os representantes (O'CONNOR; POLLNER; FUGH-BERMAN, 2016).

De fato, existe dependência dos hospitais nos representantes de vendas, que oferecem serviços considerados essenciais, como apoiar cirurgiões e equipe cirúrgica no uso dos dispositivos e na escolha dos implantes (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Os representantes afirmam que seu trabalho beneficia o atendimento ao paciente, aumentando a eficiência e atenuando as deficiências da equipe cirúrgica, incluindo os próprios cirurgiões. Alguns cirurgiões concordam que a atuação dos representantes traz benefícios ao paciente. No entanto, embora seja claro que os cirurgiões se beneficiam das relações com os representantes, os benefícios para os pacientes são dúbios (O'CONNOR; POLLNER; FUGH-BERMAN, 2016).

Questões éticas são levantadas por O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) em relação à dependência dos cirurgiões na indústria fabricante de dispositivos para realização de treinamentos técnicos e educação continuada. Os médicos consideram as oportunidades de treinamento oferecidas pelos fabricantes de dispositivos como um serviço útil. Mesmo os que se mostraram desconfortáveis com esta situação, observaram, com frustração, que não encontraram nenhuma alternativa viável aos cursos financiados pela indústria para receber educação continuada ou fornecer experiência prática aos residentes (O'CONNOR; POLLNER; FUGH-BERMAN, 2016).

Concluindo, O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) indicam que os centros médicos acadêmicos e sistemas de saúde necessitam desenvolver meios para fornecer suporte financeiro neutro para educação continuada e treinamentos no uso de dispositivos médicos para seus cirurgiões e residentes.

Com relação a conduta de fabricantes de dispositivos médicos de alto custo, Robinson (2008) aponta que ocorre falta de transparência dos fornecedores no estabelecimento de preços e que há carência de informações sobre o desempenho de dispositivos de alto custo. Os fabricantes divulgam listas de preços e aplicam descontos sobre as mesmas, mediante acordos de volume de aquisição, introduzindo cláusulas de confidencialidade que proíbem os hospitais de divulgar os preços acordados, dificultando a realização de *benchmarking* de preços. Além disto, alguns dispositivos de alto custo, como componentes para cirurgia ortopédica e de coluna vertebral, são lançados no mercado sem confirmação científica de seus benefícios. Embora alguns hospitais implantem comitês para avaliação de novas tecnologias, a cultura dominante desencoraja os médicos a questionarem as decisões clínicas de seus pares. (ROBINSON, 2008).

b. Dificuldades adicionais para padronização de itens de preferência médica

A ausência de dados confiáveis é uma das principais barreiras para a determinação de equivalência de produtos e padronização de itens de preferência médica. Apesar de existirem muitas informações disponíveis nos hospitais, existem barreiras para consolidação e integração de dados, para apoiar decisões sobre uso e equivalências de produtos, dificultando as comparações de custos e de resultados obtidos com pacientes. Uma das maiores dificuldades enfrentadas relaciona-se com limitações dos sistemas de informação existentes nos hospitais. Há, também, a necessidade de estabelecer padrões para coleta sistemática de dados e de capacitar profissionais para realizar estudos baseados em evidências, que incorporem análises de custo-benefício e de custo-eficácia (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Adicionalmente, há carência de informações sobre dados de desempenho do ciclo completo de tratamento envolvendo a utilização de dispositivos de alto custo, incluindo dados sobre médicos, testes de diagnósticos, implantes cirúrgicos, instalações hospitalares e ambulatoriais, assim como reabilitação pós-operatória (ROBINSON, 2008).

De forma análoga, O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) ressaltam a necessidades de coletar, analisar e divulgar dados sobre resultados de curto e longo prazos de cirurgias com dispositivos médicos implantáveis, de modo a possibilitar a tomada de decisão objetiva sobre a escolha destes dispositivos.

Muitas vezes, as iniciativas para gerenciar melhor os itens de preferência médica falham devido à falta de transparência e falhas de comunicação dos hospitais; desalinhamento de incentivos financeiros, e, em alguns casos, vínculos financeiros entre médicos e fabricantes de dispositivos (KETCHAM; FURUKAWA, 2008).

Além dos já mencionados vínculos financeiros entre médicos e fabricantes de dispositivos, as iniciativas para gerenciar melhor os itens de preferência médica podem falhar por falta de transparência e falhas de comunicação dos hospitais e por desalinhamento de incentivos financeiros (KETCHAM; FURUKAWA, 2008).

No próximo tópico são apresentadas algumas estratégias para gestão de itens de preferência médica, sugeridas nos estudos da revisão sistemática.

2.4.4.3 Estratégias para melhorar gestão e reduzir custos de itens de preferência médica

Diversas tem sido as estratégias adotadas pelos hospitais para reduzir custos com itens de preferência médica, como a padronização de itens, a criação de grupos de análise de valor, o investimento de quantias economizadas em novos equipamentos ou na expansão de

capacidade e o compartilhamento com os médicos, das economias obtidas em programas de redução de gastos hospitalares, conforme aborda-se a seguir.

a. Estratégias para padronizar itens de preferência médica

Montgomery e Schneller (2007) indicam duas estratégias principais para padronização de itens de preferência médica:

- Modelo de formulário¹⁴: restringe a quantidade de fornecedores dos quais os médicos podem adquirir itens de preferência médica, ou a quantidade de produtos que podem ser adquiridos para um determinado procedimento. Adotando esta estratégia, os gestores hospitalares acreditam que: o compromisso em utilizar determinados fornecedores irá resultar na redução do preço cobrado; que os fabricantes selecionados terão uma gama de produtos suficiente para atender às demandas médicas; que existe equivalência entre produtos, eliminando a necessidade de uma ampla gama de produtos; e que a segurança dos pacientes é aumentada quando a equipe cirúrgica utiliza produtos com os quais tem experiência, mesmo quando existe rotatividade entre membros individuais das equipes médicas;
- Modelo de pagamento-teto¹⁵ (ou pagamento-limite): padroniza custos através da limitação do preço pago por produtos de uma determinada categoria, sem restringir explicitamente produtos ou fornecedores específicos. Com a adoção desta estratégia, os gestores acreditam que os fornecedores de produtos similares irão competir para oferecer um produto equivalente, dentro do limite de preço estabelecido para a especificação do produto. Porém, esta estratégia pode resultar na restrição de escolha de alguns produtos, caso fornecedores não ofertem produtos no preço-limite estabelecido. Uma variação do modelo de pagamento-teto é o leilão reverso, no qual fornecedores pré-qualificados competem durante um período cuidadosamente controlado, para verificar quem oferece o menor preço para venda de determinados volumes de produtos (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Por restringir a disponibilidade de itens, o modelo de formulário tende a exercer maior pressão sobre os médicos cirurgiões, que podem necessitar adequar-se aos itens disponíveis no formulário. Os hospitais correm o risco de cirurgiões descontentes desviarem pacientes para outros hospitais que não imponham restrições às suas preferências de fornecedores (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

¹⁴ *Formulary model*, em inglês.

¹⁵ *Payment-cap model*, em inglês.

Reagindo a iniciativas para redução de custos, Robinson (2008) menciona que ocorrem situações em que cirurgiões influenciam a transferências de pacientes para centros de prestação de serviços de saúde concorrentes, onde poderão realizar a cirurgia obtendo maior vantagem financeira. Robinson (2008) indica que a oposição de cirurgiões a iniciativas de redução de custos dos hospitais pode ser motivada por conflito de interesses, como propriedade de serviços especializados de prestação de cuidados de saúde que concorrem com o hospital a que prestam serviços, ou, simplesmente, por indiferença e descaso com os objetivos financeiros da instituição hospitalar.

Já o modelo de pagamento-teto tende a exercer maior pressão nos fornecedores, para mudar suas estratégias de preço de modo a atender os preços-teto determinados. Neste caso, faz-se necessário um prévio entendimento com os cirurgiões, para estabelecer equivalências de produtos. Por causar menor desgaste com os médicos, os hospitais estudados tendem a adotar o modelo de pagamento-teto (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

No entanto, Burns et al. (2009) indicam um ponto de vista diferente, apontando que a maioria dos cirurgiões consultados em sua pesquisa afirmaram que limitar o número de fornecedores de dispositivos implantáveis é adequado para hospitais e médicos, porque ambos se beneficiam do foco em um conjunto mais estreito de produtos e plataformas tecnológicas. Isto contrasta com evidências anteriores que indicavam forte oposição dos cirurgiões contra iniciativas dos hospitais para limitar a escolha de fornecedores (BURNS et al., 2009).

Os cirurgiões tendem a utilizar um único fornecedor para a maioria de seus implantes e tendem a permanecer com este fornecedor por um período longo. Simultaneamente, os hospitais procuram limitar o número de fornecedores de implantes ou padronizar um ou dois fornecedores. Como a equipe médica ortopédica possui inúmeros médicos que utilizam diferentes fornecedores, os programas de padronização podem precisar se concentrar em restringir o acesso aos fornecedores de implantes que não são amplamente utilizados, gerando a dependência em uma quantia menor de grandes fornecedores, com consequentes limitações no potencial de redução de custos proveniente da padronização (BURNS et al., 2009).

Os hospitais reconhecem a necessidade de implantar mecanismos para incentivar os médicos a participar e a cumprir as diretrizes e metas dos programas de padronização. Estes mecanismos podem ser compreendidos como facilitadores para a participação e a cooperação, incluindo fatores tangíveis e intangíveis (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Incentivos tangíveis são iniciativas para melhorar a eficiência do trabalho médico e incluem investimentos em equipamentos e unidades cirúrgicas dedicadas, apoio para treinamentos avançados da equipe médica e funcionários dedicados para fornecer orientação

pré e pós-operatória ao paciente. Outra forma de incentivos tangíveis são as compensações financeiras oferecidas aos médicos, como remuneração extra pela participação nos comitês de análise de valor e incentivos financeiros diretos na forma de compartilhamento de ganhos pela redução de custos na padronização de itens de preferência médica (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Fatores intangíveis usualmente refletem aspectos da cultura do hospital e não incentivos oferecidos aos médicos, tornando-se mais difíceis de identificar. No entanto, nos hospitais em que há nível alto de cooperação entre médicos e administração, normalmente ocorre muito sucesso nos esforços de padronização. Assim, incentivos intangíveis podem ser analisados como reflexos de um ambiente de confiança, caracterizado pela vontade de se envolver e cooperar com os outros, em que a administração e a equipe médica mutuamente se percebem como competentes, honestas e bem intencionadas. Por outro lado, em hospitais com histórico de conflitos entre médicos e administração, emergem barreiras para estabelecer relações de confiança e de cooperação, dificultando os programas de padronização (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

b. Compartilhamento de economias e alinhamento de incentivos entre médicos e hospitais

Em estudo realizado nos Estados Unidos, Ketcham e Furukawa (2008) analisaram treze programas de compartilhamento de economias entre hospitais e médicos cardiologistas, com foco em implantes de *stents* coronários. Em comparação com outros hospitais, as instituições que compartilharam economias com os cardiologistas reduziram os custos em 7,4 % por paciente, sendo 91% da economia resultante de preços mais baixos e 9% devido a menor utilização, com manutenção dos padrões de qualidade e acesso (KETCHAM; FURUKAWA, 2008).

Os preços mais baixos alcançados por maior conformidade com os contratos ou por maior poder de barganha hospitalar representam transferências de receitas de fabricantes de dispositivos para hospitais e médicos. Adicionalmente, as economias devido à substituição de itens com preços mais baixos incorporam a transferência de fornecimento de alguns fabricantes de dispositivos para outros, sugerindo que a generalização desta prática teria o potencial de alterar incentivos dos fabricantes em suas decisões sobre tipos de produtos a desenvolver e precificação. Estes resultados indicam que a estratégia de compartilhamento de economias tende a melhorar o alinhamento entre hospitais e médicos (KETCHAM; FURUKAWA, 2008).

Os hospitais atuais são caracterizados pelo uso intensivo de tecnologias associadas a intervenções cirúrgicas e os dispositivos médicos implantáveis representam a maioria dos

materiais mais caros utilizados, cujos preços geralmente aumentam com o avanço da tecnologia. Neste contexto, a capacidade de alinhar os interesses dos médicos e dos hospitais em relação à padronização destes materiais torna-se um fator fundamental para diferenciar hospitais bem-sucedidos daqueles que lutam para se manter viáveis (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Para alinhar incentivos entre médicos e hospitais Robinson (2008) sugere: limitar o número de fabricantes para cada classe de dispositivos e negociar descontos com base em volume adquirido, ou, permitir que todos os fornecedores vendam para o hospital, negociando um desconto sobre o preço de lista de cada item adquirido; solicitar aos cirurgiões que divulguem os termos de eventuais acordos que mantenham com fabricantes e solicitar aos fabricantes que informem os termos de acordos firmados com os médicos cirurgiões; compartilhar as economias obtidas com os médicos, ou, alternativamente, investir tais economias em melhorias de equipamentos e instalações hospitalares (ROBINSON, 2008).

O alinhamento de interesses depende do desenvolvimento de estratégias de padronização, com a determinação de equivalência de produtos (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

2.4.4.4 Recomendações para melhorias no processo de tomada de decisão de compras hospitalares

A seguir, são apresentadas recomendações para melhorias no processo de tomada de decisão de compra em organizações hospitalares, que incluem análise de valor e o envolvimento de médicos e enfermeiros.

a. Envolvimento da equipe médica nas decisões de compra

É essencial envolver os médicos no processo decisório para a aquisição de tecnologias e equipamentos médicos, para assegurar os melhores resultados para os pacientes e para a organização (HAGEN; EPSTEIN, 2004). Além disto, é muito importante o envolvimento dos enfermeiros em todos os aspectos da tomada de decisão de compra dos equipamentos médicos que eles utilizam: como usuários, os enfermeiros têm uma perspectiva única e podem avaliar questões relativas ao modo que um dispositivo será usado, se há armazenamento adequado para o equipamento, os fatores ergonômicos, a eficiência de custos e tópicos similares (RICHARDSON et al., 2009).

Hagen e Epstein (2004) recomendam adotar os seguintes passos para o envolvimento dos médicos: obter o comprometimento da direção da equipe médica, para comunicar ao corpo clínico os objetivos da aquisição e indicar os médicos mais habilitados para participar do grupo

que irá conduzir o processo de aquisição, com autoridade para falar em nome de toda a equipe médica; respeitar as restrições de tempo dos médicos, agendar reuniões nos horários em que eles tenham disponibilidade e conduzir as reuniões de forma objetiva e produtiva; criar um fórum aberto para as discussões da aquisição, permitir que os médicos discutam entre si e busquem equilibrar aspectos relacionados com as demandas de cada departamento e o orçamento disponível na instituição para a compra de tecnologias e equipamentos médicos.

Os enfermeiros não são facilmente influenciados pelos representantes de vendas ou pelo custo de um item, além de serem capazes de identificar problemas passados com equipamentos similares e propor soluções. Sem envolver os enfermeiros não é possível verificar como o equipamento pode afetar o cuidado do paciente ou o tempo de enfermagem. Os médicos precisam de equipamentos, mas tendem a solicitar e comprar muito mais do que precisam. Um bom conhecimento do procedimento e a capacidade de dialogar com o médico para discutir suas necessidades e como o procedimento será feito, pode diminuir a quantidade de equipamentos comprados e reduzir custos. A prática de envolver os enfermeiros nas decisões de compra é benéfica a todos. O médico recebe o que precisa e o hospital economiza dinheiro (RICHARDSON et al., 2009).

A decisão de compra de equipamentos e dispositivos médicos em hospitais universitários deve levar em consideração aspectos educacionais. Para identificar o melhor produto em hospitais universitários, deve-se envolver enfermeiros e representantes das áreas educacional, de gerenciamento de riscos e de finanças. Estes profissionais, trabalhando juntos, garantem uma compra bem sucedida (RICHARDSON et al., 2009).

b. A análise de valor na decisão de compra de instituições hospitalares

Muito gestores de compras hospitalares tomam decisões de compra de produtos de alto custo direcionados por médicos, ou decisões de itens de baixo custo direcionados apenas pelo preço. Ambas as estratégias nem sempre conduzem aos resultados esperados. Para a decisão final de um processo de compra é fundamental identificar os produtos médicos com o maior valor global (FELDSTEIN; BROOKS, 2010).

De modo crescente, os hospitais estão implementando processos de tomada de decisão de compras, que envolvem médicos, enfermeiros, profissionais da cadeia de suprimentos e administradores hospitalares, com o objetivo de racionalizar a tomada de decisões de compra através de um esforço sistemático e organizado para minimizar custos e otimizar a qualidade (GRUNDY, 2016). Para ser eficaz, este processo deve ser aceito por toda a organização como

o método padrão de tomada de decisão, ao invés de deixar tais decisões para os líderes dos departamentos, ou delegá-las à cadeia de suprimentos (PENNINGTON; DERIENZO, 2010).

A análise de valor é uma técnica para apoiar a decisão de compra. Concebida como um processo orientado para o consumidor, busca diminuir custos e aumentar o valor, com melhoria de desempenho (GRUNDY, 2016; FELDSTEIN; BROOKS, 2010). A adoção deste processo exige que os membros das equipes, em todos os níveis organizacionais, participem e assumam a responsabilidade pessoal de administrar os recursos do hospital, que frequentemente requer mudanças na cultura organizacional da instituição (PENNINGTON; DERIENZO, 2010).

Na revisão sistemática foi identificada a proposição de dois métodos para implementação da análise de valor em organizações hospitalares. Grundy (2016) propõe um *framework*-guia para apoiar a análise de valor de produtos, dispositivos e equipamentos médicos em ambiente hospitalar, cuja síntese é apresentada no Quadro 2.9.

Etapas	Pontos a serem verificados e questões para discussão
1. Estabelecer a necessidade	Nós precisamos deste produto? <ul style="list-style-type: none"> Avaliar novos padrões de cuidados, novos padrões regulatórios, avanços tecnológicos, padronização e falhas dos produtos existentes.
2. Estabelecer o uso	Este produto está substituindo um produto usado atualmente? <ul style="list-style-type: none"> Avaliar uso atual e futuro em relação ao volume, usuários e consumíveis. Abordar aspectos relacionados a treinamento, limpeza e descarte.
3. Estabelecer a eficácia	Existem produtos concorrentes? <ul style="list-style-type: none"> Comparando com os produtos concorrentes, este produto mostra vantagens em resultados clínicos, segurança e conveniência? Abordar aspectos relacionados a conflitos de interesse.
4. Estabelecer o custo	Calcular o custo e comparar com os custos dos produtos existentes.
5. Decisão	Realizar a análise de valor e determinar a relação custo-benefício.

Fonte: adaptado de Grundy (2016)

Quadro 2.9 – *Framework*-guia de Grundy (2016) para análise de valor

Pennington e DeRienzo (2010) propõem implantar um processo para tomada de decisão composto por cinco etapas, resumidas no Quadro 2.10, que envolve a condução de um subprocesso de mudança, composto por três fases, “descongelar”, “mover” e “recongelar”, que ocorrem, respectivamente, nas etapas de projeto, implementação e medição e sustentação.

Etapas	Descrição das atividades
Avaliação	Análise das práticas existentes na organização e da disposição para implantar mudanças no processo de tomada de decisão de compra. O suporte da alta administração é essencial nesta etapa, principalmente se o projeto envolver itens de preferência médica. Para ser bem sucedido, o programa deve ser aceito e adotado por todos, como um processo abrangente da organização, ao invés de ser visto como uma iniciativa da área de materiais.
Planejamento	Identificação dos resultados esperados para o projeto, com o estabelecimento dos objetivos e metas, definição do escopo e criação da declaração de valor. A equipe realiza uma análise para identificar a lacuna existente entre o estado atual e o estado desejado, identifica os principais <i>stakeholders</i> do projeto, reconhece as barreiras potenciais, define as necessidades e fontes potenciais de dados e avalia as alternativas.
Projeto	Corresponde à primeira fase do processo de mudança, “descongelar”. Forma-se uma equipe para a gestão de projeto, define-se papéis e responsabilidades, cria-se um plano de projeto com cronogramas. Os membros da equipe discutem seus papéis e responsabilidades, criam um plano de projeto com cronogramas, desenvolvem ferramentas de suporte, consideram métodos de comunicação, analisam opções disponíveis e efetuam uma análise de retorno de investimentos.
Implementação	Nesta etapa ocorre a segunda fase do processo de mudança, “mover”. Comunicação e educação são os componentes principais desta etapa. Removem-se barreiras, implementam-se as mudanças e suporta-se o processo de mudança.
Medir e sustentar	Corresponde à implementação da fase “recongelar”. O processo de recongelamento internaliza e institucionaliza o processo de mudanças com o reforço positivo. Torna o processo de mudança relativamente seguro, até que seja necessária uma nova mudança.

Fonte: adaptado de Pennington e DeRienzo (2010)

Quadro 2.10 – Processo de análise de valor de Pennington e DeRienzo (2010)

A utilização de comitês de análise de valor facilita a padronização de itens hospitalares e a tomada de decisão. Porém, o processo de análise de valor é bastante complexo e diversos desafios são enfrentados, como a dificuldade em envolver os médicos, a interferência dos representantes de vendas e as dificuldades em consolidar e integrar informações para tomadas de decisão. Dados sugerem que os médicos evitam participar dos comitês de análise de valor para expressar sua resistência contra o conceito de padronização de itens, especialmente quando isto parece ser imposto e supervisionado pela administração. Há dependência na participação dos médicos nos comitês, para dar credibilidade aos processos de avaliação e de tomada de decisão. Caso não estiverem confortáveis com a abordagem do hospital, os médicos podem se recusar a participar dos comitês, bloqueando os esforços de padronização. Com relação aos representantes de vendas ocorre o contrário, têm envolvimento e influência excessivos nos

processos de tomada de decisão dos comitês, facilitados pelos relacionamentos próximos que mantêm com os cirurgiões (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Grundy (2016) analisou a rotina de trabalho de comitês de compra de produtos, equipamentos e dispositivos médicos em quatro hospitais localizados na região oeste dos Estados Unidos e verificou que os representantes de vendas participam ativamente do processo, muitas vezes criando interesse no produto, encontrando um patrocinador clínico e fornecendo informações sobre o produto. Grundy (2016) indica que, embora seja discutida nos comitês a necessidade de investigar eventuais conflitos quando os pedidos de novos produtos são recebidos, a divulgação de conflitos de interesses por parte dos médicos não é uma prática rotineira.

c. Evidência clínica e na literatura como fatores principais na decisão de compra

Em pesquisa realizada com hospitais da América do Norte, para identificar os fatores que afetam a tomada de decisão de compra de dispositivos implantáveis ortopédicos, Li et al. (2015) identificaram que evidência clínica é o item mais importante, seguido por relação custo-eficácia, preferência do cirurgião, custo do dispositivo, preferência do administrador e, por último, preferência do paciente. Com relação à disposição para adotar uma nova tecnologia relacionada a implantes ortopédicos, os respondentes indicaram evidências na literatura como o fator mais relevante, seguido por opiniões de especialistas, custo de intervenção / dispositivo, curva de aprendizado associada à nova tecnologia e, por último, reputação da empresa (LI et al., 2015).

d. Foco amplo na decisão de compra de novas tecnologias médicas

Os avanços tecnológicos em dispositivos médicos, como robôs cirúrgicos, tomografia computadorizada e ressonância magnética, melhoraram a qualidade dos cuidados em termos de eficácia médica, eficiência operacional e satisfação do paciente. No entanto, o investimento em novas tecnologias é oneroso para os hospitais e à sociedade. Nos Estados Unidos, estima-se que 50% do crescimento nos gastos com saúde podem ser atribuídos às tecnologias médicas (WERNZ; ZHANG; PHUSAVAT, 2014).

Embora diversos autores apontem o avanço na tecnologia médica como o principal direcionador para o aumento dos custos com saúde, uma revisão de literatura que abrangeu 86 artigos realizada por Sorenson, Drummond e Khan (2013) indica que o relacionamento entre tecnologia médica e gastos é complexo e frequentemente conflitante. Enquanto algumas tecnologias, como medicamentos contra o câncer e dispositivos médicos invasivos resultaram

em aumentos significativos em custos, outras tecnologias foram neutras e algumas geraram diminuição de custos (SORENSEN; DRUMMOND; KHAN, 2013).

Os hospitais são os principais compradores e usuários de tecnologias médicas. Os investimentos em tecnologia desempenham um papel relevante, com impacto a longo prazo nas finanças e na qualidade dos cuidados de um hospital. Compreender e melhorar os processos de decisão de investimento nos hospitais é fundamental para alcançar cuidados melhores e mais acessíveis (WERNZ; ZHANG; PHUSAVAT, 2014).

Os tomadores de decisão devem ampliar seu foco além dos custos, para avaliar se a tecnologia médica resulta em melhor valor aos cuidados de saúde e em benefícios socioeconômicos mais abrangentes (SORENSEN; DRUMMOND; KHAN, 2013).

e. Novas embalagens de materiais para reduzir custos e impacto ambiental

Kumar, Degroot e Choe (2008) indicam que os gestores de compras hospitalares precisam se conscientizar sobre os benefícios de melhorar os relacionamentos e colaborar com seus fornecedores, para reduzir os custos da cadeia de suprimento hospitalar. A principal oportunidade apontada por Kumar, Degroot e Choe (2008) é atuar conjuntamente com os fornecedores para desenvolver novos projetos de embalagens para materiais hospitalares, possibilitando reduzir custos com materiais de embalagem, diminuir os impactos ambientais e, com o uso de código de barras e de rádio frequência, melhorar a rastreabilidade dos itens e o controle de estoque.

2.4.4.5 Indicações de boas práticas na decisão de compras hospitalares

Neste último tópico, são resumidas as boas práticas de gestão para a tomada de decisão de compra, relatadas nos estudos revisados.

a. Boas práticas na tomada de decisão de compra de tecnologias médicas

Wernz, Zhang e Phusavat (2014) investigaram como os hospitais tomam decisões de investimentos em tecnologias médicas, buscando identificar as melhores práticas globais e as limitações destes processos de tomada de decisão. Foram estudados seis grandes hospitais, selecionados dentre as instituições mais renomadas da Alemanha, Estados Unidos, Coreia do Sul, Tailândia e Índia.

Wernz, Zhang e Phusavat (2014) constataram que as decisões de investimento são afetadas principalmente pelo sistema de saúde, pelo contexto socioeconômico e cultural e pela missão da organização. Todos os hospitais estudados utilizam critérios múltiplos para avaliar e

comparar projetos de investimento e a relação custo-benefício foi identificada como o direcionador mais importante para investimentos em tecnologia. Os hospitais empregam elementos semelhantes em seus processos de tomada de decisão, incluindo a tomada de decisões de baixo para cima, a coleta de informações e a construção de consenso através de comitês, com o uso de consultores externos (WERNZ; ZHANG; PHUSAVAT, 2014).

O sistema de suporte à decisão, com critérios bem definidos e ponderação das metas organizacionais, utilizado pela instituição estadunidense Wake Forest Baptist Medical Center, um hospital de ensino sem fins lucrativos, foi considerado como a melhor prática global de tomada de decisão de investimentos (WERNZ; ZHANG; PHUSAVAT, 2014).

Embora os hospitais estudados sejam líderes em seus países, foram identificadas algumas limitações em suas práticas: A ausência de ferramentas de avaliação objetivas e sistemáticas, que levam os executivos a comparar ineficazmente as oportunidades de investimento, especialmente quando existem conflitos de interesses entre os departamentos; e a tendência de reatividade na adoção de novas tecnologias, com o processo de planejamento de investimento somente sendo desencadeado se os médicos solicitarem um dispositivo, ou em resposta a ação de um concorrente. Esta abordagem reativa não endereça os objetivos estratégicos dos hospitais, pode causar atrasos e prejudicar os avanços tecnológicos (WERNZ; ZHANG; PHUSAVAT, 2014).

b. Métodos de análise de decisão multicritério para seleção de equipamentos médicos

Por meio de uma revisão de literatura, Ivlev, Kneppo e Bartak (2014) investigaram a utilização de métodos de análise de decisão multicritério para a avaliação e seleção de equipamentos, dispositivos e tecnologias médicas. Identificaram 21 estudos que aplicaram diversos métodos de análise de decisão multicritério. Dentre os métodos utilizados nos artigos revisados, Ivlev, Kneppo e Bartak (2014) concluíram que o método *analytic hierarchy process* (AHP) é o método mais adequado para apoio na tomada de decisão em ambiente hospitalar, por não requerer a construção de modelos matemáticos, por assemelhar-se ao processo natural e intuitivo de definição de prioridades do ser humano, além de ser mais fácil de entender os seus resultados, em comparação aos outros métodos multicritério. Como deficiências do método AHP e dos demais métodos analisados, Ivlev, Kneppo e Bartak (2014) apontam a inexistência de mecanismos para combinar as opiniões de grupos de especialistas, assim como o fato de que estes métodos não levam em conta a competência dos especialistas na seleção racional de dispositivos, equipamentos e tecnologias médicas.

c. Padronização de itens e renegociação de contratos com fornecedores geram reduções de custos no Johns Hopkins Health System

Localizado nos Estados Unidos, o Johns Hopkins Health System abrange seis hospitais, sendo dois hospitais universitários e quatro hospitais comunitários, uma grande organização de cuidados primários de saúde e centros de cirurgia ambulatorial. Com base na análise de uma empresa de consultoria que indicou potencial de redução de custos em suprimentos e serviços da ordem de 80 a 100 milhões de dólares anuais, a administração do Johns Hopkins Health System investiu em uma infraestrutura independente para suportar as reduções de custos. Foi formada uma equipe independente de profissionais da área de compras para se associar com *stakeholders* de todo o complexo hospitalar para renegociar contratos e otimizar o processo de aquisição (ISHII et al., 2017).

Dentre várias iniciativas adotadas para reduções de custos, foram formadas equipes envolvendo médicos e profissionais de compras para reduções de custos de dispositivos implantáveis em cirurgias de coluna vertebral, joelho e quadril. Constatou-se que as cirurgias de coluna vertebral eram realizadas nos seis hospitais do complexo, que cada unidade hospitalar negociava por conta própria, sem consolidar o volume do sistema de saúde, adquirindo implantes de dezenove fornecedores diferentes, com grande variabilidade de preços para um mesmo material, entre as unidades hospitalares. Situação similar ocorria com as cirurgias de joelho e quadril, realizadas em quatro hospitais do complexo, que adquiriam dispositivos implantáveis de onze fornecedores diferentes. Foram implementadas ações para padronizar itens e renegociar contratos, com a adoção do modelo de preço-teto e foi obtida economia de 3 milhões de dólares em aquisições de implantes de coluna vertebral e de 1,5 milhões de dólares nas compras de dispositivos implantáveis de joelho e quadril (ISHII et al., 2017).

Em outra iniciativa focada na redução de custos de fios cirúrgicos e produtos endomecânicos, conseguiu-se realizar uma padronização de itens e estabelecer um contrato de fornecimento com um único fornecedor para todo o complexo hospitalar, registrando uma economia de 5,6 milhões de dólares (ISHII et al., 2017).

Ishii et al. (2017) indicam que nos resultados dos esforços de redução de custos na cadeia de suprimentos, aproximadamente 15% advêm de negociação de melhores preços com fornecedores e em torno de 85% derivam de influenciar a padronização e a utilização de materiais médico-hospitalares.

Assim, conclui-se a apresentação da síntese dos resultados da revisão sistemática de literatura sobre decisão de compra em hospitais e considera-se respondida a subquestão de pesquisa I.3 (quais características específicas diferenciam a gestão de relacionamento com

fornecedores em organizações do setor hospitalar relativamente às organizações de outros setores da economia?), bem como atingido o objetivo auxiliar I.3 (apontar características específicas que diferenciam a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações do setor hospitalar).

Para conclusão da etapa de revisão de literatura, no próximo tópico são apresentados aspectos complementares relacionados à gestão de relacionamento com fornecedores.

2.4.5 Aspectos complementares sobre gestão de relacionamento com fornecedores

Complementando a abordagem anteriormente realizada, incluem-se neste tópico comentários adicionais sobre o estabelecimento de relações colaborativas com fornecedores e uma discussão sobre o desenvolvimento de habilidades pessoais pelos profissionais responsáveis pelo gerenciamento de relações com fornecedores, apresentando o ponto de vista de diversos autores sobre este assunto. Por último, são apresentadas considerações sobre a contratação de fornecedores e melhorias de desempenho obtidas com a gestão de relacionamento com fornecedores.

2.4.5.1 Colaboração com fornecedores

A importância da colaboração para a gestão de relacionamento com fornecedores é enfatizada nos *frameworks* do GSCF, de Park, Shin e Chang (2010), Mettler e Rohner (2009), Cox et al. (2003), bem como em diversas definições de gestão de relacionamento com fornecedores. A seguir são apresentadas algumas sugestões para fomentar a colaboração com fornecedores.

Conforme Hughes (2008, tradução nossa), “*a colaboração ocorre quando duas (ou mais) empresas trabalham juntas para alcançar um ou mais objetivos comuns e/ou quando trabalham ativamente para ajudar uns aos outros a atingir seus respectivos objetivos*”.

Trabalhar de modo colaborativo com fornecedores agrega valor significativo, indicam Hughes e Wadd (2012), que recomendam adotar as seguintes práticas para maior geração de valor nos relacionamentos com fornecedores: gerenciar todas as interações com fornecedores de forma sistemática e integrada: envolver todas as áreas e funções da organização e tomar decisões baseadas em medições de desempenho dos fornecedores; buscar equilíbrio entre pressão competitiva e engajamento colaborativo: diminuir a ênfase em aplicação de penalidades e utilizar outras estratégias para motivar os fornecedores a melhorar o desempenho; gerenciar sistematicamente a dimensão interpessoal das relações com fornecedores: os relacionamentos devem ser administrados com postura profissional, sem ignorar o lado humano das relações;

aproveitar todos os ativos, experiências e capacidades do fornecedor para maximizar a vantagem competitiva (HUGHES; WADD, 2012).

Foco no curto prazo, falta de alinhamento interno, ausência de transparência e desinteresse em realizar compromissos de longo prazo são apontados por Hughes (2008) como as principais barreiras para a colaboração. Como recomendações para construir e manter relacionamentos colaborativos, Hughes (2008) sugere que haja disposição e habilidades para evitar ações que criem benefícios de curto prazo, mas prejudiquem o potencial de obter maior geração de valor no longo prazo; que todas as áreas funcionais da organização trabalhem de forma coordenada para maximizar o valor intrínseco aos relacionamentos com os fornecedores-chave; e realizar análises para avaliar riscos e quando pertinente, superar o temor de compartilhar informações e estabelecer compromisso de longo prazo com fornecedores importantes (HUGHES, 2008).

Treinamento das habilidades individuais de gestores e demais funcionários é um dos aspectos-chave recomendados por Hughes (2008) para desenvolver as competências requeridas para implantar a colaboração com fornecedores.

2.4.5.2 Desenvolvimento de habilidades pessoais para gestão de relacionamento com fornecedores

As empresas que conseguem maior sucesso na implantação da gestão de relacionamento com fornecedores se concentram, em primeiro lugar, na mudança da cultura organizacional e na transformação da maneira de interagir internamente e com os fornecedores. Isso exige uma atenção especial aos aspectos humanos, no modo de pensar e nas habilidades de cada indivíduo (HUGHES; WADD, 2012).

Discute-se a seguir o desenvolvimento de habilidades pessoais sobre o ponto de vista de diversos autores, que incluem o conceito de comportamento de compra orientado ao fornecedor, habilidades sociais e noções de capital social, aspectos culturais que podem impactar as relações com fornecedores.

Para maximizar a obtenção de resultados, os gestores de suprimentos hospitalares precisam desenvolver suas habilidades *soft*, como, por exemplo, comunicação, negociação, resolução de conflitos e formação de equipes, para facilitar as relações internas, com médicos e corpo clínico, e os contatos externos, nas negociações com fornecedores. Precisam, também, promover um clima de confiança e respeito mútuos (BURNS; LEE; 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Estudos realizados por Parker e Anderson (2002), Barnes, Naude e Michell (2005) e Humphreys, Williams e Goebel (2008) também indicam a importância de habilidades *soft* para desenvolvimento de relacionamentos com fornecedores. Considerando que as habilidades sociais são fatores críticos para a eficácia da área de compras, Humphreys, Williams e Goebel (2008) propõem o conceito de comportamento de compra orientado ao fornecedor, que amplia a compreensão sobre as habilidades interpessoais *soft* necessárias aos profissionais de compras, que cada vez mais tornam-se responsáveis pelos relacionamentos com importantes parceiros de negócio.

Humphreys, Williams e Goebel (2008, tradução nossa) definem comportamento de compra orientado ao fornecedor como “*as práticas de compras concebidas por uma organização compradora para torná-la um cliente atrativo ou preferencial para os fornecedores-chave estabelecidos como alvo*”. O foco da compra é estendido para incluir a compreensão e satisfação das necessidades dos fornecedores alvo e promover o desenvolvimento de relações mutuamente benéficas entre comprador e fornecedor (HUMPHREYS; WILLIAMS; GOEBEL, 2008).

O comportamento de compra orientado ao fornecedor é um conceito multidimensional que inclui procedimentos organizacionais e características específicas dos profissionais de compras, utilizados na interação com fornecedores. Dentre essas práticas, incluem-se: comunicação aberta e troca de informações, realizar planejamento estratégico e estabelecer metas em conjunto, lealdade, firmar contratos de compra de longo prazo, adquirir e utilizar competências e conhecimento técnico para beneficiar o fornecedor, aquisição de uma ampla gama de materiais e serviços, adaptar os processos de negócios para combinar e complementar com os do fornecedor, assim como desenvolver em conjunto e compartilhar métricas de desempenho de fornecedores. (HUMPHREYS; WILLIAMS; GOEBEL, 2008).

A capacidade de desenvolver relacionamento sociais com fornecedores importantes é considerada uma habilidade *soft* bastante relevante, conforme aborda-se a seguir.

a. Desenvolvimento de relacionamentos sociais com fornecedores importantes

O alto grau de interação social contribui para melhorar a eficácia da interação social e para desenvolver relações de confiança. As organizações que racionalizaram suas bases de suprimento e buscam desenvolver os relacionamentos com os fornecedores mais importantes, devem prestar atenção como e com que frequência interagem socialmente com tais fornecedores. As organizações podem se beneficiar incentivando o desenvolvimento de capital social com seus fornecedores principais, tanto em níveis informais quanto formais. Para isso,

sugere-se a alocação de recursos para realizar eventos sociais, trabalho em equipe multifuncional e *workshops* conjuntos com estes fornecedores (RODEN; LAWSON, 2014).

Levando-se em conta que Roden e Lawson (2014) indicam o capital social como um fator chave para o estabelecimento de relações eficazes e duradouras com os fornecedores mais importantes, discute-se a seguir alguns conceitos de capital social.

Nas últimas décadas, o capital social, em suas várias formas e contextos, tem emergido como uma das formas mais importantes de capital. A premissa por trás da noção de capital social é simples e direta: o investimento em relações sociais com retornos esperados no mercado. O mercado escolhido para análise pode ser econômico, político, trabalho ou comunidade. Os indivíduos se envolvem em interações e redes com o objetivo de produzir lucros e o capital social refere-se ao capital capturado através das relações sociais. Na abordagem do capital social, o capital é visto como um ativo social decorrente de conexões e acesso dos atores a recursos da rede ou grupos dos quais eles são membros (LIN, 2002).

A teoria do capital social estabelece que os recursos disponíveis de um indivíduo são definidos como os recursos que ele possui individualmente mais os recursos que ele é capaz de mobilizar através de suas relações sociais. Estabelece, também, que os recursos acessados por meio de ligações fracas são mais valiosos que os recursos acessados por conexões relacionais mais fortes. Isso justifica-se porque as ligações de relacionamento fortes são desenvolvidas entre indivíduos semelhantes, os quais, por definição, teriam contatos semelhantes e, em decorrência, teriam acesso a recursos similares (MATTHEWS; MARZEC, 2012).

Nahapiet, Ghoshal (1998) propuseram decompor o capital social em três dimensões principais: estrutural, relacional e cognitiva. A dimensão estrutural refere-se à rede de relações como um todo e inclui aspectos como a força dos laços, a posição dentro da rede e a extensão da rede. A dimensão relacional reflete as raízes dos relacionamentos, em aspectos como confiança, respeito e boa vontade. Por sua vez, a dimensão cognitiva facilita o entendimento comum e possibilita a construção de sentido baseada em elementos como objetivos compartilhados, normas e uma linguagem comum (NAHAPIET; GHOSHAL, 1998).

A teoria do capital social reconhece o papel da rede social de uma empresa como fonte de vantagem competitiva. Os relacionamentos são vistos como um recurso valioso para a condução dos assuntos sociais e o capital social ajuda a caracterizar o conjunto completo de relacionamentos de uma organização, enquanto o foco no fluxo de recursos entre organizações permite a explicação das diferenças de desempenho dentro e entre organizações (RODEN; LAWSON, 2014; KOKA; PRESCOTT, 2002).

Os conceitos da teoria do capital social têm sido utilizados em uma ampla faixa de aplicações em gestão de operações, integrando diferentes níveis de análise, do indivíduo às redes de organizações, assim como para auxiliar na explicação dos comportamentos, em cada nível. Dentre as áreas de gestão de operações, a gestão da cadeia de suprimentos apresenta o uso mais significativo do capital social, particularmente para explicar as características dos relacionamentos entre comprador e fornecedor e como isso impacta o desempenho entre as organizações (MATTHEWS; MARZEC, 2012).

Outro aspecto relevante a ser considerado nos relacionamentos com fornecedores são as questões culturais, com o desenvolvimento de habilidades pessoais que auxiliem na compreensão de diferentes comportamentos e formas de conduzir negociações, adotados por fornecedores oriundos de regiões ou países distintos, conforme aborda-se a seguir.

b. Impacto de aspectos culturais nos relacionamentos com fornecedores

As diferenças culturais afetam, de modo significativo, os relacionamentos entre comprador e fornecedor. Como exemplo, este fenômeno é bastante evidenciado na China, país em que os relacionamentos de negócios apresentam características distintas na forma como são estruturados e operados, em relação ao contexto vigente nos países ocidentais e no Japão. Para estabelecer relações bem sucedidas com fornecedores chineses é necessário reconhecer a importância que o *guanxi* e outras características culturais chinesas exercem na construção dos relacionamentos e da confiança (GIANNAKIS; DORAN; CHEN, 2012).

Guanxi refere-se ao conceito de utilizar uma rede de conexões para assegurar favores nas relações pessoais e organizacionais. O *guanxi* é uma complexa rede de relações que contém obrigações, garantias e entendimentos mutuamente implícitos, que foi disseminado há séculos e continua sendo largamente utilizado ainda hoje em todos os aspectos das atividades sociais e organizacionais chinesas. Portanto, para desenvolver negócios com empresas chinesas é crítico entender e utilizar adequadamente o *guanxi* (PARK; LUO, 2001).

O *guanxi* representa uma fonte importante de informação na busca de fornecedores chineses e serve como um mecanismo para reduzir custos transacionais. Para relacionamentos eficazes com fornecedores chineses há necessidade de implementar, simultaneamente, mecanismos de controle formal para a estrutura de governança (contratos rígidos, reuniões estruturadas formais e de visitas oficiais para desenvolvimento de fornecedores) e de controle social, por meio do desenvolvimento de relações pessoais, que exercem papel fundamental nas interações com os fornecedores na China (GIANNAKIS; DORAN; CHEN, 2012).

Uma estratégia para organizações internacionais seria recrutar cidadãos chineses para gerenciar as relações comerciais com os fornecedores locais, enquanto o gerente do contrato teria liberdade de interagir com fornecedores chineses de maneira não restrita pelos procedimentos organizacionais. Contudo, isso poderia suscitar preocupações éticas, uma vez que as normas interpessoais na China expressadas pelo *guanxi*, que promovem a troca de favores, podem ser interpretadas como uma forma de corrupção na arena internacional (GIANNAKIS; DORAN; CHEN, 2012).

Concluindo este tópico, aponta-se uma tendência de mudança no foco de gestão da cadeia de suprimentos, com a consequente necessidade de desenvolver habilidades pessoais voltadas à gestão de relacionamentos.

c. Desenvolver habilidades relacionais para desempenhar papel mais estratégico

Além de estarem capacitados para gerir aspectos técnicos, os gestores da cadeia de suprimentos devem possuir habilidades e conhecimentos para serem gestores de relacionamentos (MANGAN; CHRISTOPHER, 2005).

Wilson e Barbat (2015) indicam que os gerentes da cadeia de suprimentos estão se tornando gerentes de relacionamentos estratégicos da cadeia de suprimentos, em que a ênfase muda da gestão de processos para a gestão de relacionamentos com fornecedores. Para desempenhar este novo papel, são requeridas mudanças nas abordagens de gestão e o desenvolvimento de novas habilidades. Este novo gestor terá uma atuação cada vez mais estratégica, em que o papel muda de “conector de fronteiras” para “expansor de fronteiras”, empregando mecanismos menos formais para resolver problemas e criar valor, com a utilização de habilidades políticas e empreendedoras (WILSON; BARBAT, 2015).

Em recente pesquisa tipo *survey* realizada na Austrália, com membros das sessões australianas do Chartered Institute of Logistics and Transport, do Chartered Institute of Purchasing and Supply e da Logistics Association of Australia, Tatham et al. (2017) concluem que a habilidade para gerenciar as relações com fornecedores, juntamente com as habilidades de liderança e de resolução de problemas, são as três mais importantes para apoiar a detecção e aproveitamento de oportunidades em um ambiente de negócios em constante mudança. Tais habilidades foram selecionadas pelos gestores consultados como as mais relevantes dentro de um conjunto de 32 habilidades, englobando aptidões de negócios, técnicas, funcionais e *soft* (TATHAM et al., 2017).

Desta forma, tem-se a clara indicação da necessidade de enfatizar o desenvolvimento de habilidades *soft* e relacionais nos programas de formação de gestores da cadeia de suprimentos,

visto que a ênfase atual destes programas em habilidades funcionais e técnicas não são suficientes para garantir sucesso num ambiente de negócios turbulento e em constante mudança (TATHAM et al., 2017).

Comenta-se a seguir sobre os principais métodos adotados para contratar fornecedores.

2.4.5.3 Considerações sobre contratação de fornecedores

Monczka et al. (2015) indicam que coleta de preços (ou licitação, para as organizações públicas) e negociação são os dois métodos comumente utilizados para contratar fornecedores. Numa licitação ou coleta de preços não ocorre negociação, a aquisição é efetuada do fornecedor que ofertar o menor preço para o item licitado. Após receber uma solicitação de cotação, o fornecedor apresenta uma oferta de venda ao comprador, que depois de analisar as diversas ofertas, escolhe a de menor preço, dentre as que atendam adequadamente aos requisitos da especificação. A coleta de preços é efetiva nas seguintes condições: grande quantidade de itens com a mesma especificação; clareza das especificações e dos requisitos para o vendedor; haver competição entre os vendedores, com quantidade adequada de fornecedores qualificados; e tempo suficiente para obter e analisar as cotações (MONCZKA et al., 2015).

A negociação é utilizada nas situações em que a cotação de preços não é um método adequado para a contratação do fornecedor, como, por exemplo: trata-se de um novo item, tecnicamente complexo ou com especificações vagas; a aquisição requer acordo sobre uma ampla gama de fatores de desempenho, como qualidade, preço, entrega, suporte ao produto e compartilhamento de riscos; há necessidade de envolvimento do fornecedor no processo de desenvolvimento de produto; o fornecedor não consegue, ou tem muitas incertezas, para determinar custos e riscos. O processo que os compradores usam para contratar seus fornecedores varia bastante, dependendo do item (bem ou serviço) a ser comprado e do tipo de relacionamento existente com o fornecedor (MONCZKA et al., 2015).

Licitação é o método padrão utilizado para seleção de fornecedores para as organizações e autarquias públicas brasileiras, sendo o processo licitatório regulamentado pela Lei 8.666/93 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

No próximo item são indicadas diversas melhorias atingidas nas empresas compradoras pela implementação de iniciativas de gestão de relacionamento com fornecedores, conforme identificado na revisão de literatura.

2.4.5.4 Melhorias no desempenho com a gestão de relacionamento com fornecedores

Por meio de uma pesquisa tipo *survey* realizada com 125 gestores líderes da cadeia de suprimentos de empresas do varejo organizado na Índia, Gandhi, Shaikh e Sheorey (2017) verificaram que a gestão de relacionamento com fornecedores, juntamente com a gestão de relacionamento com clientes, foram indicadas como as práticas de gestão da cadeia de suprimentos que resultaram em maior impacto sobre o desempenho das empresas de varejo organizado da Índia.

A implantação efetiva da gestão de relacionamento com fornecedores no setor de varejo impacta positivamente em vários processos de gestão de suprimentos, apoia a obtenção de vantagem competitiva em períodos turbulentos e assegura um fluxo contínuo de materiais e informações, para que o produto certo esteja disponível no momento certo, fortalecendo o desempenho da cadeia de suprimentos e melhorando o desempenho global da empresa (GANDHI; SHAIKH; SHEOREY, 2017).

O desempenho econômico medido pelo indicador valor econômico adicionado (EVA) pode ser melhorado em decorrência do processo de gestão de relacionamento com fornecedores, conforme descrito a seguir: a melhoria da qualidade de materiais e serviços obtidos dos fornecedores contribui para melhoria na qualidade dos produtos e serviços oferecidos ao cliente, gerando aumento nas vendas; o custo das mercadorias vendidas pode ser reduzido em função do melhor planejamento com fornecedores e da diminuição de custo dos materiais diretos comprados; várias despesas podem ser reduzidas em razão do aumento da produtividade e da diminuição de custos logísticos, administrativos e de produção, decorrentes de iniciativas com fornecedores; a melhoria no desempenho de entrega pelos fornecedores pode reduzir os estoques de materiais comprados, de materiais em processo e de produtos acabados; melhores relações com fornecedores podem contribuir para a racionalização e aumento na utilização das instalações industriais e de armazenagem, levando a diminuição dos ativos fixos e melhoria no planejamento e implantação de investimentos (LAMBERT; POHLEN, 2001; LAMBERT; SCHWIETERMAN; 2012).

Terpend et al. (2008) apontam quatro tipos principais de melhorias que podem ser atingidas com o desenvolvimento de relacionamentos com fornecedores:

- Melhorias no desempenho operacional: em qualidade, custo, entrega, estoque, velocidade e prazo de entrega, flexibilidade e agilidade;
- Melhorias baseadas na integração com o fornecedor: aumento na cooperação, na colaboração e em parcerias; redução de riscos, de oportunismo e de conflitos; coordenação de atividades e aquisição e transferência de conhecimento;

- Melhorias baseadas nas capacitações do fornecedor: competências em desenvolver melhorias contínuas de qualidade e de processos; experiência global e internacional; aquisição de tecnologia; melhorias no processo de desenvolvimento de novos produtos e capacitação em gestão do meio ambiente;
- Melhorias nos resultados financeiros: em indicadores financeiros como lucro e margem de lucro, retorno sobre as vendas, os ativos, o patrimônio e o investimento, *market share*, valor presente líquido e crescimento de vendas) (TERPEND et al., 2008).

As empresas passaram a adotar abordagens mais sofisticadas para melhorar os relacionamentos com seus fornecedores e ao mesmo tempo que exigem mais dos fornecedores, demonstram maior disposição para apoiá-los, quando necessário (TERPEND et al., 2008).

Assim, conclui-se a revisão de literatura e o próximo capítulo inicia-se com a discussão sobre a necessidade de desenvolver um *framework* específico para a gestão de relacionamentos com fornecedores em organizações hospitalares.

3 Desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares

Após o estabelecimento do referencial teórico efetuado no capítulo anterior, tem-se condições para responder a subquestão de pesquisa I.4 (os *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na literatura adequam-se para aplicação em organizações hospitalares?), que é endereçada a seguir.

3.1 Adequação dos *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na literatura para aplicação em organizações hospitalares

A diversidade de requisitos da gestão de relacionamento com fornecedores no setor hospitalar indica a necessidade de utilizar-se um *framework* abrangente para guiar sua implementação nas instituições hospitalares. De um lado, como a gestão de compras e da cadeia de suprimentos no setor hospitalar encontra-se em um estágio de maturidade inferior a outros setores da economia, o *framework* deveria, por exemplo, prover orientação sobre requisitos para a implantação do gerenciamento estratégico de compras, que não seriam necessários nos setores mais amadurecidos. Por outro lado, características específicas que conferem maior complexidade à gestão de relacionamento com fornecedores nos hospitais requerem abordagens diferenciadas em comparação às organizações de setores industriais e de varejo, como para a padronização de itens médico-hospitalares e gestão dos itens de preferência médica. Desta forma, discute-se a seguir a adequação dos *frameworks* identificados na revisão sistemática de literatura e sumarizados no item 2.4.3 para aplicação em organizações hospitalares.

Embora trazendo contribuições relevantes para a compreensão sobre diversos aspectos da gestão de relacionamento com fornecedores, a utilização individual dos *frameworks* de Cox et al. (2003), Moeller, Fassnacht e Klose (2006), Mettler e Rohner (2009), Park, Shin e Chang (2010) não atende a todas as demandas da área hospitalar. Com relação ao *framework* do Global Supply Chain Forum (GSCF), que pode ser considerado mais detalhado que os demais, entende-se que caberia uma análise aprofundada para verificar sua adequação ao setor hospitalar.

3.1.1 Análise da adequação do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF para aplicação em organizações hospitalares

A adequação do *framework* do GSCF para gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais é conduzida em duas etapas. Inicialmente, busca-se verificar se há algum registro

de uso deste *framework* em hospitais. Em seguida, discutem-se alguns fatores que podem desaconselhar a aplicação do *framework* em instituições hospitalares.

3.1.1.1 Verificação de registros na literatura da aplicação do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF em organizações hospitalares

Apontando limitações do *framework* do GSCF, Lambert e Schwieterman (2012) indicam que ele foi somente aplicado nos Estados Unidos, nas empresas participantes do GSCF e reconhecem a necessidade de testá-lo em outras organizações e em outros países. Durante a revisão sistemática de literatura sobre gestão de relacionamento com fornecedores, foi identificado um trabalho, elaborado por Oghazi et al. (2016), que utilizou o *framework* do GSCF para estudar gestão de relações com fornecedores em cinco empresas fabricantes de equipamentos para construção civil na Suécia. Considerando-se os objetivos deste estudo, buscou-se verificar se há registro na literatura acadêmica de alguma aplicação do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF em instituições hospitalares.

Considerando que Lambert e Schwieterman (2012) é a publicação que abordou com maior profundidade o *framework* do GSCF e que as informações contidas em Croxton et al. (2001), Lambert (2008) e Lambert (2014) poderiam possibilitar a utilização de conceitos do *framework*, em 19 de novembro de 2017 foram efetuadas buscas nas bases de dados Web of Science, Scopus e Google Acadêmico para verificar se dentre as publicações que citam tais trabalhos, ocorreu alguma aplicação do *framework* do GSCF para gerir relacionamento com fornecedores em hospitais. Os resultados das buscas são apresentados no Quadro 3.1.

Publicação	Quantidade de citações nas bases de dados				
	Web of Science	Scopus		Google Acadêmico	
		Total	Filtro <i>hospital</i>	Total	Filtro <i>hospital</i>
Lambert e Schwieterman (2012)	16	21	—	85	3
Croxton et al. (2001)	Não indexado	223	12	771	48
Lambert (2008), Lambert (2014)	Não indexado	Não indexado	—	668	44

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3.1 – Resultados de buscas nas bases de dados indicadas

Para análise dos resultados das buscas adotou-se o seguinte procedimento: para quantidade de resultados menores que 50, foram lidos todos os resumos, seguida pela leitura do artigo, quando pertinente. Nos casos em que a quantidade de resultados foi superior a 50 estudos, aplicou-se o filtro “*hospital*” e foram lidos todos os resumos, seguida pela leitura do artigo, quando pertinente.

Seguindo este protocolo, constatou-se que nenhum trabalho indexado nas bases de dados mencionadas aplicou o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF em organizações hospitalares.

3.1.1.2 Discussão de aspectos relevantes que indicam a inadequação do *framework* do GSCF para aplicação em organizações hospitalares

Os ensinamentos aprendidos nas etapas de revisão de literatura foram de grande auxílio para a análise apresentada a seguir, que indica a não adequação do *framework* do GSCF para uso em hospitais, principalmente pelos seguintes fatores:

a. Diferença entre setores econômicos

As empresas-membro do GSCF pertencem a diversos setores da economia, com maior participação de segmentos da indústria (como alimentos, bebidas, bens de consumo, produtos químicos, farmacêutico, equipamentos e produtos médicos, papel e celulose, eletrodomésticos, materiais de construção civil e óleo e gás), e algumas empresas atuantes no setor de serviços, nos segmentos de serviços de alimentação (McDonald’s e Wendy’s), varejo (Limited Brands e Callway Golf) e serviços de administração de instalações (Aramark) (THE OHIO STATE UNIVERSITY, 2018a; LAMBERT; ENZ, 2017). Não existe registro de participação de nenhuma instituição hospitalar e nas publicações analisadas do GSCF não há nenhum relato de caso relacionado com hospitais. Desenvolvido para atender às demandas das empresas e segmentos mencionados, o *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF não contempla requisitos específicos de organizações hospitalares.

b. Diferença de nível de maturidade na gestão da cadeia de suprimentos entre organizações hospitalares e empresas que atuam em segmentos da indústria e de serviços

O desenvolvimento da gestão da cadeia de suprimentos foi conduzido por práticas adotadas em empresas líderes em setores da indústria e de serviços, caracterizados pela forte concorrência entre as organizações, tais como a indústria automobilística, a indústria de

computadores e de produtos eletrônicos e o comércio varejista (SPEAR; BOWEN, 1999; LEE, 2002; FERDOWS; LEWIS; MACHUCA, 2004; LIKER; CHOI, 2004; LEE, 2004).

O *framework* de gestão da cadeia de suprimentos do GSCF e um de seus componentes-chave, o *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores, representam um consenso sobre as melhores práticas de gestão da cadeia de suprimentos e de gestão de relacionamento com fornecedores implementadas nas empresas participantes da associação. A maioria das empresas-membro do GSCF são líderes de setores industriais e de serviços nos Estados Unidos, o maior e um dos mais competitivos mercados do planeta. A capacitação e maturidade em gestão da cadeia de suprimentos e de relacionamento com fornecedores dos executivos, gestores e demais funcionários destas empresas é um dos fatores-chave que as levaram à liderança no mercado (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; LAMBERT, 2014; LAMBERT; ENZ, 2017).

Ocorre que a gestão da cadeia de suprimentos do setor hospitalar, apesar de apresentar maior complexidade do que as cadeias típicas do setor industrial (CHEN; PRESTON; CHIA, 2013), não apresentou o mesmo desenvolvimento e estima-se que esteja aproximadamente dez anos atrasada em relações aos setores da indústria e de varejo (BURT, 2006).

Decorrem destes fatos, dois pontos relevantes que reforçam a argumentação de que o *framework* do GSCF não se adequa à aplicação no setor hospitalar. Primeiro, a menor maturidade das organizações do setor hospitalar requer que sejam detalhados no *framework* alguns aspectos, como por exemplo, orientações sobre a capacitação dos profissionais que irão gerir os relacionamentos com fornecedores, que não se encontram indicados no *framework* do GSCF. O segundo ponto refere-se à complexidade da cadeia de suprimentos hospitalar, conforme discute-se a seguir.

c. Diferença no nível de complexidade entre as cadeias de suprimentos típicas do setor hospitalar e do setor industrial

Aspectos como grande quantidade e variedade de itens críticos para a saúde do paciente, falta de padronização e dificuldade para identificar itens funcionalmente equivalentes, seleção de fornecedores muitas vezes direcionadas por preferências médicas e sem ponderar custos e rápida obsolescência de equipamentos e materiais, decorrente da acelerada inovação médica e tecnológica contemporâneas, tornam a cadeia de suprimentos do setor hospitalar mais complexa que as cadeias típicas do setor de manufatura (CHEN; PRESTON; XIA, 2013; BEIER, 1995; GERMAIN et al., 2011) e demandam abordagens específicas para atender a estas demandas, não contempladas no *framework* de gestão de relações com fornecedores do GSCF.

d. Diferença de tamanho e de escala de produção entre empresas do GSCF e hospitais

Conforme Lambert e Enz (2017), vinte e nove empresas participam ou participaram do GSCF. Dentre elas, vinte constam na edição de 2017 do *ranking* Forbes: em Forbes (2017b), que classifica as maiores empresas de capital aberto que atuam no mercado global, ou em Forbes (2017a), que relaciona as maiores empresas com capital fechado dos Estados Unidos. A Tabela 3.1 relaciona as vinte empresas mencionadas, indica sua receita de vendas referente ao ano fiscal 2016 e seu segmento de atuação. Das nove empresas restantes, seis não constam nas listas da Forbes (Bob Evans Farms, Callway Golf, Defense Logistics Agency, HAVI Global Solutions, TaylorMade-adidas Golf e Wendy's), duas foram adquiridas por outras empresas (Lucent Technologies e Moen Incorporated) e uma encerrou as atividades (Fletcher Challenge).

Tabela 3.1 – Setor de atuação e receita de vendas de empresas que participam ou participaram do GSCF, listadas no *ranking* Forbes 2017

Nome da empresa	Setor de atuação	Receita de Vendas (milhões de dólares)
3M	Produtos industriais, de segurança e de consumo	30.110
Aramark	Serviços de alimentação, gestão de instalações e uniformes	14.440
Campbell Soup	Alimentos	7.930
Cardinal Health	Farmacêutico e produtos médicos	127.230
Cargill	Alimentos e bebidas	109.700
Cemex	Materiais de construção civil	13.650
Coca-Cola	Bebidas	41.480
Colgate-Palmolive	Produtos de consumo	15.200
Dow Chemical	Produtos químicos	48.140
Goodyear Tire & Rubber	Pneus	15.160
Gordon Food Service	Alimentos e bebidas	12.900
Hewlett-Packard	Computadores	48.650
International Paper	Papel e Celulose	21.080
Johnson & Johnson	Equipamentos e produtos médicos	71.940
Limited Brands	Varejo (roupas femininas e produtos de beleza)	12.570
Masterfoods USA (Mars)	Alimentos e bebidas	35.000
McDonald's	Serviços de alimentação	24.620
S.C. Johnson and Sons, Inc.	Produtos domésticos e pessoais	10.000
Shell	Óleo e gás	234.750
Whirlpool	Eletrodomésticos	20.720

Fontes: Forbes (2017a, 2017b) e Lambert e Enz (2017)

A Tabela 3.2 apresenta a receita de vendas das trinta maiores organizações hospitalares brasileiras com gestão privada, conforme classificação publicada em Valor Econômico (2017).

Tabela 3.2 – Classificação das maiores organizações hospitalares com gestão privada em termos de Receita Líquida de Vendas, conforme Edição 2017 do *Ranking* Valor 1000

<i>Ranking</i>	Organização hospitalar	Receita Líquida (milhões de dólares)
1	Rede D'Or São Luiz	2.272
2	Hospital São Paulo	1.372
3	Hospital Abert Einstein	723
4	Hospital e Maternidade São Camilo	668
5	Fundação do ABC	646
6	Hospital Santa Catarina	616
7	ESHO - Empresa de Serviços Hospitalares S.A.	565
8	Hospital Sírio Libanês	531
9	Impar Serviços Hospitalares	465
10	Pró-Saúde Assoc. Benef. Assist. Social e Hospitalar	453
11	Hospital Conceição	390
12	Hospital Santa Marcelina	380
13	Hospital A. C. Camargo	373
14	Beneficência Portuguesa de São Paulo	362
15	HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre	354
16	Associação das Pioneiras Sociais	290
17	AESC - Associação Educadora São Carlos	213
18	Santa Casa de Porto Alegre	211
19	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	199
20	Grupo Santa	199
21	Santa Casa de São Paulo	198
22	Hospital Moinhos de Vento	181
23	Imip - Instituto Medicina Int. Prof. Fernando Figueira	170
24	Hospital São Rafael	168
25	Hospital e Maternidade Santa Joana	164
26	Santa Casa da Bahia	155
27	Hospital Mater Dei	151
28	Hospital de Base	132
29	Hospital Nipo Brasileiro	123
30	Santa Casa de Belo Horizonte	111

Fontes: Valor Econômico (2017) e Banco Central do Brasil (2017)

Anualmente, o Jornal Valor Econômico efetua uma classificação das mil empresas brasileiras com maior receita de vendas, classificadas em ordem decrescente, tendo como referência o desempenho financeiro registrado no ano fiscal anterior. Em seguida, são elaborados os *rankings* das empresas nos diversos segmentos da economia. O segmento denominado Serviços Médicos inclui organizações hospitalares e empresas que atuam em serviços de diagnóstico por imagem e em serviços de radioterapia e quimioterapia. No *ranking* de Serviços Médicos de 2017 constam 35 empresas, das quais 30 são organizações hospitalares, que estão relacionadas na Tabela 3.2. Importante ressaltar que os hospitais públicos não entram nesta classificação, que se refere exclusivamente às organizações hospitalares administradas pela iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos.

Para facilitar comparações, a receita líquida de vendas informada em reais em Valor Econômico (2017) foi convertida para dólares, utilizando-se a taxa de câmbio de R\$ 3,4833, que equivale a taxa média do dólar do ano de 2016, calculada como a média aritmética das cotações diárias do dólar americano de todos os dias úteis do ano de 2016, informadas em Banco Central do Brasil (2017).

A comparação entre os dados das tabelas 3.1 e 3.2 evidencia a diferença de tamanho, expressa em termos de receita de vendas, entre as empresas que participam do GSCF e as organizações hospitalares brasileiras. A soma da receita de vendas das vinte maiores empresas do GSCF relacionadas na tabela 3.1 resulta em 915.270 milhões de dólares, que equivale a receita média anual de 45.764 milhões de dólares, por empresa. A soma da receita das vinte maiores organizações hospitalares brasileiras listadas na tabela 3.2 resulta em 11.083 milhões de dólares, que corresponde a receita média anual de 554 milhões de dólares, por organização. Assim, constata-se que a receita média anual das vinte maiores empresas dos GSCF é aproximadamente 82 vezes maior que a receita média anual das vinte maiores organizações hospitalares brasileiras geridas pela iniciativa privada.

O poder econômico das empresas do GSCF, manifestado pelos vultuosos volumes financeiros adquiridos anualmente, possibilita que elas exerçam forte atração sobre os fornecedores, tendendo a facilitar o fechamento de contratos de compra e o desenvolvimento de parcerias com fornecedores. Embora hospitais de grande porte também atraiam fornecedores e tenham poder de negociação, não é razoável esperar que isto ocorra na mesma dimensão em que acontece com a maioria das empresas do GSCF, que se posicionam como líderes globais em seus respectivos segmentos de atuação.

Além disto, a soma de fatores como larga escala de produção, participação de mercado significativa e previsibilidade de demanda de produtos contribui para que as empresas que

ocupam posições de liderança em seus segmentos de atuação, como a maioria das organizações do GSCF, tenham condições únicas para desenvolver parcerias com seus fornecedores-chave.

O exemplo apresentado em Lambert e Schwieterman (2012) sobre a parceria construída entre Coca-Cola e Cargill indica o potencial único que as empresas líderes globais em seus segmentos de atuação possuem para desenvolver parcerias estratégicas mutuamente benéficas, entre si. A simetria em relação à elevada escala de produção e o notável poder econômico destas empresas cria condições exclusivas para o desenvolvimento de um relacionamento intenso, equilibrado e reciprocamente proveitoso. Não é razoável conceber que uma organização hospitalar brasileira de grande porte tenha condições similares para desenvolver parcerias estratégicas com fornecedores líderes globais em tecnologia e em produção de medicamentos ou de equipamentos médicos. As organizações de manufatura fornecedoras são muito maiores em tamanho e mais fortes em termos econômicos, que os hospitais. Assim, caso as organizações hospitalares tenham interesse em desenvolver parcerias estratégicas com estes grandes fornecedores, elas necessitam criar estratégias inovadoras para atraí-los, diferentes daquelas exemplificadas pelo GSCF.

e. Relatos limitados de experiências empíricas ocorridas em anos recentes

A maioria dos casos práticos abordados nas publicações recentes, Lambert e Schwieterman (2012) e Lambert e Enz (2017), relatam experiências das empresas-membro do GSCF que aconteceram no começo dos anos 2000. Apesar das relevantes mudanças causadas no mercado pela forte recessão econômica verificada entre os anos de 2008 e 2009, cujos efeitos se estenderam ao longo dos anos subsequentes (ELLRAM; KRAUSE, 2014; KRAUSE; ELLRAM, 2014), há apenas uma narrativa de um caso ocorrido neste período, registrada em Lambert e Enz (2015).

f. Características específicas da gestão de relacionamento com fornecedores no setor hospitalar não são abordadas no framework do GSCF

O *framework* do GSCF não fornece orientação para a abordagem de aspectos específicos que caracterizam a gestão de relacionamento com fornecedores na área hospitalar, detalhados no item 2.4.4.

Conforme os argumentos apresentados, considera-se que o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF não é adequado para uso em instituições hospitalares. Deste modo, não foram encontrados *frameworks* adequados para aplicação em hospitais. Portanto, fica devidamente justificada a necessidade de desenvolver um *framework*

específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, que atenda às características peculiares das instituições do setor hospitalar.

Deste modo, foi respondida a subquestão de pesquisa I.4 (os *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores identificados na literatura adequam-se para aplicação em organizações hospitalares?), assim como foi atingido o objetivo auxiliar I.4 (justificar a necessidade de desenvolver um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares).

No próximo tópico efetua-se o desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores voltado especificamente às demandas do setor hospitalar.

3.2 Desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares

Após responder as quatro subquestões de pesquisa I.1, I.2, I.3 e I.4, e alcançar os quatro objetivos auxiliares correspondentes, dedica-se neste tópico a responder à questão de pesquisa I (como gerenciar os relacionamentos com fornecedores para melhorar a eficiência das operações das organizações hospitalares?), para alcançar o objetivo I (desenvolver um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares).

O termo *framework* tem sido usado com frequência na literatura de gestão da cadeia de suprimento, com diferentes significados. Alguns autores se referem a *framework* como um conjunto de determinações a serem realizadas, outros optam por representar um *framework* por meio de diagramas ou ilustrações gráficas. Muitas vezes, *framework* e modelo são utilizados de forma intercambiável, mas não está claro que um modelo é o mesmo que um *framework*. Como diretriz básica para diferenciação, pode-se considerar que um modelo responde questões do tipo “o que é” (“*what is*”) e um *framework* responde a questões “como” (“*how to*”) (YUSOF; ASPINWALL, 2000; SONI; KODALI, 2012; SONI; KODALI, 2013).

No presente estudo, busca-se desenvolver um *framework* para responder à questão “como gerenciar relacionamentos com fornecedores em organizações hospitalares”, de forma consistente com a diretriz de Yusof e Aspinwall (2000), Soni e Kodali (2012) e Soni e Kodali (2013).

Soni e Kodali (2013) indicam que se algum conceito de gestão da cadeia de suprimento deve ser concebido e construído, então seria necessário ter um quadro geral e a estrutura para sua implementação, ou seja, um *framework*. Isto significa que se deve conceber e desenvolver um *framework* que represente o *modus operandi*, os sistemas a serem desenvolvidos, as

atividades a serem realizadas e a visão final do novo estilo de gerenciamento de processos da organização (SONI; KODALI, 2013).

O *framework* a seguir proposto foi concebido a partir das reflexões decorrentes da análise dos trabalhos que foram estudados nas etapas de revisão de literatura, buscando atender aos requisitos específicos das instituições hospitalares. Pode-se afirmar que tais requisitos têm duas origens principais:

- Uma relacionada com determinadas lacunas existentes nas organizações hospitalares que dificultam a adoção da gestão de relacionamento com fornecedores, as quais são endereçadas no *framework* pela recomendação de implantação de dois construtos: o primeiro referente ao suporte da alta administração e adequação da infraestrutura e o segundo relacionado com o desenvolvimento de capacitações pelos funcionários da área de compras, do corpo clínico e das demais áreas das instituições hospitalares, e;
- A outra origem referente à maior complexidade e criticidade das operações hospitalares, que implicam na determinação de alguns processos especiais para a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais.

Deste modo, o *framework* é constituído por três construtos, ou elementos principais. Dois elementos, denominados de suporte da alta administração e infraestrutura e de desenvolvimento de capacitações, orientam a realização de atividades para superar as lacunas existentes nas organizações hospitalares, conforme identificado na revisão de literatura, para viabilizar a implementação do terceiro elemento do *framework*, que corresponde aos processos de gestão de relacionamento com fornecedores, que incluem alguns processos específicos para atender aos requisitos únicos que caracterizam as operações hospitalares.

O *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares proposto é representado na Figura 3.1, localizada na próxima página, e tem o desenvolvimento de seus construtos descrito a seguir.

3.2.1 Construto 1 – Suporte da alta administração e infraestrutura

O primeiro construto abrange três aspectos, endereçando o preenchimento de lacunas apontadas na literatura que causam barreiras à implementação da gestão de relacionamento com fornecedores. Os três subelementos deste primeiro construto são envolvimento e suporte da alta administração, reconhecimento de compras como função estratégica e tecnologia de informação, conforme detalha-se a seguir.

Fonte: elaborado pelo autor

Figura 3.1 – *Framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares

3.2.1.1 Envolvimento e suporte da alta administração para implementação de gestão de relacionamento com fornecedores

A falta de apoio da alta administração dos hospitais é apontada por Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) como uma das principais barreiras para a implantação de práticas de gestão da cadeia de suprimento em hospitais. O efetivo envolvimento e apoio da alta administração é considerado como um fator essencial para a implementação da gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares, conforme argumentos a seguir expostos.

A implementação de gestão de relacionamento com fornecedores implica em diversas modificações no *modus operandi* das organizações e o efetivo apoio da alta administração mostra-se essencial para a gestão destes processos de mudança, especialmente em instituições hospitalares. Como exemplo, Pennington e DeRienzo (2010) destacam que o suporte da alta administração é fundamental para implantar mudanças no processo de tomada de decisão de compra em hospitais, principalmente quando envolvem itens de preferência médica.

O *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF atribui papel relevante à alta administração, que possui a responsabilidade de identificar os fornecedores e grupos de fornecedores mais importantes para o sucesso da organização e de estabelecer diretrizes para a elaboração dos acordos de fornecimento de produto e serviço (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

No *framework* proposto no presente estudo, a alta administração deve apoiar a implementação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores, além de desempenhar papel relevante em alguns destes processos, particularmente na definição da estratégia de compras e das diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores (WATTS; KIM; HAHN, 1995; HESPING; SCHIELE, 2015; TERPEND; KRAUSE; DOOLEY, 2011; SONI; KODALI, 2013; CORRÊA, 2010; LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001), assim como em etapas do processo de *strategic sourcing* (ANDERSON; KATZ, 1998; MONCZKA et al., 2015; KRALJIC, 1983).

3.2.1.2 Reconhecimento de compras como função estratégica

A relevância estratégica da função compras está amplamente caracterizada na literatura acadêmica: por meio do gerenciamento de relações com fornecedores obtêm-se redução de custos, melhoria de desempenho operacional e geração de vantagens competitivas (TCHOKOGUÉ; NOLLET; ROBINEAU, 2017; LIDEGAARD; BOER; MØLLER, 2015; MONCZKA et al., 2015; KETCHEN; CROOK; CRAIGHEAD, 2014; VAN WEELE, 2014;

HARTMANN; KERKFELD; HENKE, 2012; BERNARDES, 2010; RAMSAY; CROOM, 2008; CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004; CARR; PEARSON, 1999; CARTER; NARASIMHAN, 1996a; ELLRAM; CARR, 1994). O desenvolvimento e a maturidade da área de compras resultam em maior potencial de identificação de oportunidades para redução de custos (SCHIELE, 2007) e maior potencial de contribuição para a melhoria do desempenho global da organização (BEMELMANS; VOORDIJK; VOS, 2013).

Porém, a área de compras tem uma posição fraca na cadeia de valor hospitalar, recebe pouca atenção da alta administração dos hospitais e enfrenta dificuldades para atuar estrategicamente (METTLER; ROHNER, 2009), decorrendo muitas ineficiências nos processos de compras hospitalares e perda de oportunidades para reduzir custos e melhorar o atendimento aos pacientes (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011). A adoção da gestão de relacionamento com fornecedores requer muitas mudanças no *modus operandi* dos hospitais, que demandam a atuação estratégica da função compras para serem implantadas (METTLER; ROHNER, 2009).

Conforme O'Connor e Schneller (2011), alguns hospitais passaram a atribuir maior importância estratégica à área de gestão da cadeia de suprimentos, elevando o executivo responsável pela gestão da cadeia de suprimentos ao mesmo nível hierárquico dos executivos responsáveis por finanças e pela área médica (O'CONNOR; SCHNELLER, 2011).

Desta forma, o reconhecimento da importância estratégica da função compras pela alta administração da instituição hospitalar é considerado como um fator fundamental para a implementação da gestão de relacionamento com fornecedores. Este reconhecimento se caracteriza pela atribuição de uma posição executiva ao principal gestor da área de compras, com participação na diretoria executiva da instituição e subordinação direta ao *Chief of Executive Officer* (CEO), ou cargo correspondente na estrutura hierárquica da organização hospitalar.

Adicionalmente, é necessário realizar eventuais ajustes na estrutura organizacional da área de compras, com a adequação de cargos, do quadro de funcionários e dos recursos disponíveis para viabilizar a atuação estratégica da função compras.

3.2.1.3 Tecnologia de informação

Nath e Standing (2010) indicam que os seguintes fatores promovem o uso da tecnologia de informação nas cadeias de suprimentos: redução geral de custos, de tempo de ciclos e de *lead times*, melhoria da qualidade da informação, aumento da capacidade operacional, melhores relacionamentos com fornecedores e clientes, melhoria na tomada de decisões e na qualidade

dos serviços prestados, aumento na participação de mercado e compartilhamento de riscos com parceiros. Assim, a tecnologia de informação é um dos construtos utilizados nos *frameworks* de gestão da cadeia de suprimentos de Baltacioglu et al. (2007) e de Soni e Kodali (2013).

A natureza complexa e descentralizada das operações de saúde requer uma gestão efetiva da tecnologia de informação, para gerenciar os fluxos de informação e integrar todas as atividades e processos-chave contidos na cadeia de suprimentos hospitalar. O sucesso das principais funções da cadeia de suprimentos depende de um fluxo eficiente de informações e torna o gerenciamento da tecnologia de informação crucial à implementação da gestão de relacionamento com fornecedores nos hospitais (BALTACIOGLU et al., 2007).

Reconhecendo esta relevância, o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores de Mettler e Rohner (2009) atribui papel chave à tecnologia de informação, que é responsável por apoiar os processos de gerenciamento e os processos operacionais da área de compras no setor hospitalar.

No entanto, a indicação de lacunas nos sistemas de tecnologia de informação na área hospitalar é recorrente na literatura: existem muitas informações disponíveis nos hospitais, porém, há barreiras para consolidação e integração de dados para apoiar a tomada de decisões, relacionadas com limitações nos sistemas de informação existentes nos hospitais (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007); restrições nos sistemas de informação dificultam a obtenção de informações para a gestão da cadeia de suprimentos em hospitais nos Estados Unidos (MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005) e em hospitais públicos paulistas (BEGO, 2016); a implantação de ferramentas de tecnologia de informação no setor hospitalar tem ocorrido de modo fragmentado e com lentidão, tais como o uso de sistemas ERP, que favorecem a integração e ajudam no gerenciamento da cadeia de suprimentos (O'CONNOR; SCHNELLER, 2011).

Desta forma, considerando-se a relevância atribuída à tecnologia de informação para a gestão da cadeia de suprimentos e para a gestão de relacionamento com fornecedores, e a caracterização de lacunas nos sistemas de informações do setor hospitalar, entende-se como essencial estabelecer o tema tecnologia de informação como um dos subelementos do construto suporte da alta administração e infraestrutura no *framework* aqui proposto. Propõe-se que cabe a alta administração da organização hospitalar prover recursos para a implantação de uma infraestrutura adequada de tecnologia de informação, envolvendo aspectos de *hardware* e *software*, para viabilizar a implementação bem sucedida da gestão de relacionamento com fornecedores.

3.2.2 Construto 2 – Desenvolvimento de capacitações

É necessário que os gestores de compras expandam seus conhecimentos e desenvolvam suas competências, para tornarem-se *players* estratégicos e possibilitar que a função compras contribua estrategicamente para o sucesso da organização (TCHOKOGUÉ; NOLLET; ROBINEAU, 2017).

O segundo construto do *framework* abrange três aspectos, dirigindo o preenchimento de lacunas apontadas na literatura acadêmica relacionadas com deficiências em algumas capacitações dos profissionais do setor hospitalar, que dificultam a implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos e que são fundamentais para a adoção da gestão de relacionamento com fornecedores. Os três subelementos do segundo construto referem-se ao desenvolvimento de capacitações para a integração interna entre as diversas áreas da instituição hospitalar e integração externa com fornecedores, para promover a colaboração com fornecedores e para habilitar os profissionais dos níveis operacional, gerencial e executivo em conceitos e técnicas de gestão da cadeia de suprimentos, conforme detalhado a seguir.

3.2.2.1 Desenvolvimento de capacitações para integração interna e externa

A integração é um elemento-chave para a gestão da cadeia de suprimentos, conforme mencionado nas definições do Council of Supply Chain Management Professionals (2017), que estabelece que “ [...] a gestão da cadeia de suprimentos é uma função de integração com a responsabilidade primária de ligar as principais funções e processos de negócios, dentro e entre empresas [...]” e de Lambert (2008), que afirma que “a gestão da cadeia de suprimentos é a integração de processos de negócios-chave desde o usuário final até os fornecedores iniciais [...]”. A gestão bem-sucedida da cadeia de suprimentos requer a integração de processos de negócio com os membros-chave da cadeia de suprimentos (LAMBERT; COOPER, 2000; LAMBERT; COOPER; PAGH, 1998). Adicionalmente, Soni e Kodali determinam a integração como um dos pilares de seu *framework* para gestão da cadeia de suprimentos.

De modo consistente, a integração é um elemento-chave na definição de gestão de relacionamento com fornecedores-chave de Teller et al. (2016), que a definem como “a gestão das relações familiares entre uma empresa e um fornecedor, em que as duas partes compartilham um nível significativo de integração de processos de negócios [...]”.

A relevância da integração é também ressaltada durante as etapas do *strategic sourcing* (CLEGG; MONTGOMERY, 2005; KOCABASOGLU; SURESH, 2006; CHIANG; KOCABASOGLU-HILLMER; SURESH, 2012), que se constitui num dos subelementos do terceiro construto do *framework* aqui proposto. Kraljic (1983) recomenda estimular a

integração de compras com as demais áreas da empresa para desenvolver relações interdepartamentais próximas e viabilizar que a área de compras desempenhe papel estratégico.

O *framework* de colaboração do GSCF aponta a integração com fornecedores como um dos objetivos das parcerias tipo II e III (LAMBERT; KNEMEYER, 2004; LAMBERT; KNEMEYER; GARDNER, 2004; LAMBERT; EMMELHAINZ; GARDNER, 1996a, 1996b, 1999) e Terpend et al. (2008) indicam diversas melhorias provenientes da integração com fornecedores, como redução de riscos e aquisição de conhecimentos, dentre outras.

No entanto, a revisão de literatura apontou a existência de barreiras em instituições do setor hospitalar, que dificultam a integração interna e externa, com destaque para o desalinhamento de interesses entre alguns médicos e os hospitais para os quais prestam serviços, assim como relacionamentos inconsistentes entre hospitais e fornecedores, incluindo fabricantes e distribuidores de itens médico-hospitalares (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; ROBINSON, 2008; BURNS et al., 2009; WILSON et al., 2008; O'CONNOR; SCHNELLER, 2011; MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005; O'CONNOR; POLLNER; FUGH-BERMAN, 2016; KETCHAM; FURUKAWA, 2008).

Assim, para implementar a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares há necessidade de promover mudanças para integrar clientes internos e fornecedores (METTLER; ROHNER, 2009).

Uma estratégia para promover uma melhor integração interna e externa nas instituições hospitalares seria o desenvolvimento de habilidades *soft* pelos profissionais da área de compras. Mais capacitados, os profissionais de compras poderiam estabelecer relações mais efetivas interna e externamente, exercendo influência para uma melhor integração dentro da organização hospitalar e na cadeia de suprimentos. A necessidade de desenvolvimento de habilidades *soft* pelos profissionais da área de compras tem amplo respaldo na literatura acadêmica, conforme indicado em diversos estudos revisados.

Os gestores de suprimentos hospitalares precisam desenvolver suas habilidades *soft*, como, por exemplo, comunicação, negociação, resolução de conflitos e formação de equipes, para facilitar as relações internas, com médicos e corpo clínico, e os contatos externos, nas negociações com fornecedores. Precisam, também, promover um clima de confiança e respeito mútuos (BURNS; LEE; 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Além de estarem capacitados para gerir aspectos técnicos, os gestores da cadeia de suprimentos devem possuir habilidades e conhecimentos para serem gestores de relacionamentos (MANGAN; CHRISTOPHER, 2005).

Os gerentes da cadeia de suprimentos estão se tornando gerentes de relacionamentos estratégicos da cadeia de suprimentos, em que a ênfase muda da gestão de processos para a gestão de relacionamentos com fornecedores. Este novo papel requer mudanças nas abordagens de gestão e o desenvolvimento de novas habilidades, com o emprego de mecanismos menos formais para resolver problemas e criar valor, com destaque para o uso de habilidades políticas e empreendedoras (WILSON; BARBAT, 2015).

Parker e Anderson (2002), Barnes, Naude e Michell (2005) e Humphreys, Williams e Goebel (2008) também indicam a importância de habilidades *soft* para desenvolvimento de relacionamentos com fornecedores.

Concluindo, o *framework* adota a integração interna e externa como um subelemento do construto desenvolvimento de capacitações e sugere que a alta administração das organizações hospitalares incentive a facilite a aquisição de habilidades *soft* pelos gestores e demais funcionários da área de compras, como uma das estratégias para obter maior integração interna e com fornecedores.

3.2.2.2 Desenvolvimento de capacitações para colaboração com fornecedores

Conforme anteriormente abordado, Cox et al. (2003) afirmam que existem duas formas básicas de interação com fornecedores, estabelecer relações *arm's length* ou relações colaborativas. Um relacionamento colaborativo é proativo, envolve contatos frequentes, intensa comunicação e busca criar valor, por meio de redução de custos, de melhorias no desempenho operacional e de ações conjuntas para desenvolvimento de capacidades das organizações envolvidas (COX et al., 2003).

A colaboração ocorre quando duas ou mais organizações independentes trabalham juntas para planejar ou executar operações na cadeia de suprimentos, com maior sucesso que teriam se agissem isoladamente (SIMATUPANG; SRIDHARAN, 2002). Assim, a importância da colaboração na gestão da cadeia de suprimentos é ressaltada nas definições de gestão da cadeia de suprimentos de Gibson, Mentzer e Cook (2005) e do Council of Supply Chain Management Professionals (2017), assim como no *framework* de gestão da cadeia de suprimentos de Soni e Kodali (2013).

De forma análoga, a relevância da colaboração para a gestão de relacionamento com fornecedores é enfatizada nas definições de gestão de relacionamento com fornecedores de Gullledge (2002), Mettler e Rohner (2009), Sanders (2011), Supply Chain Council (2012) e Dubey, Gunasekaran e Ali (2015), bem como é implicitamente indicada no *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores de Mettler e Rohner (2009) e mencionada de forma

explícita nos *frameworks* de Park, Shin e Chang (2010) e do Global Supply Chain Forum (GSCF), no qual a colaboração é foco de um *framework* específico, o *framework* de colaboração do GSCF.

Além disto, Bensaou (1999) observa que estabelecer relacionamentos colaborativos com fornecedores estratégicos facilita a resolução de divergências e Hughes e Wadd (2012) reiteram o potencial de geração de valor de relacionamentos colaborativos com fornecedores.

No entanto, Kumar, Degroot e Choe (2008) apontam a necessidade de melhoria da colaboração entre os hospitais e seus fornecedores, para que ocorra maior conexão na cadeia de suprimentos hospitalar. Adicionalmente, as mesmas barreiras existentes para a integração interna e externa, que foram indicadas no tópico anterior, também podem ser compreendidas como barreiras para o estabelecimento de colaboração entre as áreas internas da instituição hospitalar e os fornecedores.

Similarmente, pode-se entender como válido adotar-se a mesma estratégia anteriormente sugerida, de fomentar o desenvolvimento de habilidades *soft* pelos gestores e demais funcionários da área de compras do hospital, como uma forma de apoiar o estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores. Melhores preparados, os profissionais de compras certamente teriam maiores condições para eliminar objeções, induzir e motivar as áreas internas, assim como para persuadir e negociar com gestores de empresas fornecedores, para o estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores selecionados, para obtenção de diversos benefícios anteriormente apontados.

Assim, adota-se colaboração com fornecedores como o segundo subelemento do construto desenvolvimento de capacitações, com a sugestão de fomentar a obtenção de habilidades *soft* pelos profissionais da área de compras para impulsionar o estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores.

3.2.2.3 Desenvolvimento de capacitações sobre conceitos e técnicas de gestão de relacionamento com fornecedores e de gestão da cadeia de suprimentos

Durante a revisão de literatura caracterizou-se que a conjuntura atualmente existente na área hospitalar torna imprescindível reduzir custos e melhorar a qualidade na prestação de serviços ao paciente (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017a; VOLLAND et al., 2017; GARCIA et al., 2015; LEWIS 2015; HIMMELSTEIN et al., 2014; CARNEIRO et al., 2013; GARCIA et al., 2013; SILVEIRA et al, 2013; SORENSON; DRUMMOND; KHAN, 2013; VERAS, 2012; BHAKOO; SINGH; SOHAL, 2012) e que a implementação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos, com principal ênfase para a gestão de relacionamento com

fornecedores, pode trazer relevantes contribuições para atingir tais objetivos (ROBINSON; BROWN, 2014; DE VRIES; HUIJSMAN, 2011; DE VRIES, 2011; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011; BALTACIOGLU et al., 2007; OLIVEIRA; PINTO, 2005; POULIN, 2003; LI; BENTON; LEONG, 2002; JARRET, 1998).

Ocorre que a gestão da cadeia de suprimentos hospitalar, embora tenha maior complexidade para gerenciamento do que as cadeias de suprimentos industriais típicas, apresenta menor nível de desenvolvimento em comparação aos setores da indústria e de varejo (CHEN; PRESTON; CHIA, 2013; BURT, 2006; VOLLAND et al., 2017). As características únicas e a maior complexidade da cadeia de suprimentos hospitalar impõem barreiras para transferir, de modo direto, os conhecimentos de gestão da cadeia de suprimentos do setor industrial para as organizações hospitalares (DE VRIES; HUIJSMAN, 2011; MEIJBOOM; SCHMIDT-BAKX; WESTERT, 2011; BHAKOO; SINGH; SOHAL, 2011; LILLRANK; GROOP; VENESMAA, 2011; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011). Embora existam dificuldades, tem havido muita lentidão na implementação abrangente da gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar (MUSTAFA; POTTER, 2009; MCKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005; ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011).

Além dos aspectos mencionados nos tópicos anteriores, a revisão de literatura revelou um grande fator dificultador para a implantação da gestão da cadeia de suprimentos em hospitais: a carência de conhecimentos sobre conceitos e técnicas de gestão da cadeia de suprimentos em todos os níveis organizacionais das instituições hospitalares. Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) indicam a necessidade de prover conhecimentos específicos em gestão da cadeia de suprimentos para os profissionais de nível executivo e operacional de organizações hospitalares, para eliminar a lacuna de capacitação existente. Abordando a realidade atual de instituições hospitalares do sistema de saúde pública no Brasil, Bego (2016) confirma que a falta de capacitação dos gestores e demais profissionais em gestão da cadeia de suprimentos, associada com a ausência de políticas para treinamento, constitui-se em uma enorme barreira para a gestão dos processos-chave da cadeia de suprimentos hospitalar.

Assim, propõe-se o desenvolvimento de capacitações sobre conceitos e técnicas de gestão da cadeia de suprimentos e de gestão de relacionamento com fornecedores como o terceiro subelemento do construto desenvolvimento de capacitações do *framework*.

Inicialmente, sugere-se priorizar a capacitação dos gestores e demais profissionais da área de compras em técnicas de gestão de relacionamento com fornecedores e de gestão da cadeia de suprimentos. Uma avaliação do perfil, das competências e das habilidades dos

membros da equipe de compras pode auxiliar na determinação das necessidades de capacitação, direcionando a abordagem requerida para os temas mencionados.

Em seguida, recomenda-se realizar uma capacitação sobre conceitos básicos de gestão de relacionamento com fornecedores para todos os colaboradores da instituição hospitalar que serão envolvidos no processo de gestão de relacionamento com fornecedores, principalmente para os membros do corpo clínico, incluindo médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. A implementação de gestão de relacionamento com fornecedores requer a formação de equipes multidisciplinares para interagir com os fornecedores e considera-se importante realizar o treinamento de todos os colaboradores que irão participar direta ou indiretamente do processo, para que possam ter uma compreensão básica dos conceitos envolvidos, dos objetivos a serem atingidos e das etapas da implantação. Deste modo, cria-se um ambiente favorável para que todos possam se engajar e participar ativamente do processo de gestão de relacionamento com fornecedores.

Recomenda-se, também, prover treinamentos específicos aos profissionais responsáveis pela execução dos processos da cadeia de suprimento hospitalar, para viabilizar melhorias no desempenho global da cadeia de suprimentos da área hospitalar.

Diante da complexidade da cadeia de suprimentos hospitalar, dos vultuosos valores monetários envolvidos nas transações realizadas e nas intrincadas relações de poder existentes entre médicos e fornecedores, pode parecer simplória a recomendação de adotar o desenvolvimento de capacitação dos profissionais da área de compras em habilidades *soft* e em habilidades técnicas de gestão de relacionamento com fornecedores e de gestão da cadeia de suprimentos, como uma das estratégias para apoiar a redução de custos e a melhoria de qualidade na prestação de serviços nas organizações hospitalares.

Porém, ocorre que a melhor capacitação dos gestores e demais profissionais da área de compras, além de representar um fator decisivo para a implementação bem sucedida da gestão de relacionamento com fornecedores, que possibilita atingir os benefícios anteriormente mencionados, tem grande potencial para propiciar uma compreensão mais ampla, por parte dos gestores de compras, sobre as variáveis envolvidas na gestão da cadeia de suprimento hospitalar, contribuindo para adoção de ações que auxiliem a melhoria contínua no desempenho das operações das organizações hospitalares. Ademais, eventuais investimentos necessários para apoiar a capacitação dos profissionais podem ser considerados irrelevantes diante do volume de dispêndios anuais dos hospitais e do potencial de benefícios advindos da gestão de relacionamento com fornecedores.

Em resumo, os construtos 1 e 2 do *framework* indicam aspectos relevantes relacionados com lacunas apontadas na revisão de literatura que devem ser atendidos para viabilizar a implementação da gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares. Sintetizando as análises realizadas, a Figura 3.2 resume as principais recomendações apresentadas para eliminar as lacunas identificadas, sugerindo uma sequência de etapas para implementação dos construtos 1 e 2 do *framework*.

Fonte: elaborado pelo autor

Figura 3.2 – Sugestão de etapas para implementação dos construtos 1 e 2 do *framework*

Sugere-se a implementação dos construtos 1 e 2 como uma etapa preliminar para criar condições adequadas para a implementação do construto 3, que se refere aos processos de

gestão de relacionamento com fornecedores. Recomenda-se que a implantação dos construtos 1 e 2 esteja concluída antes do início da implementação do processo de determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores, etapa integrante do construto 3.

3.2.3 Construto 3 – Processos para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares

Os dois construtos descritos anteriormente orientam a realização de atividades para preencher as lacunas identificadas na revisão de literatura, com o propósito de possibilitar a implementação do terceiro construto do *framework*, que estabelece os processos recomendados para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, que abrangem processos usualmente adotados em organizações de outros setores da economia e alguns processos customizados para atender aos requisitos específicos das instituições hospitalares, decorrentes da maior complexidade e criticidade das operações hospitalares.

Adota-se o enfoque processual para este terceiro construto, seguindo o mesmo tipo de abordagem utilizada nos *frameworks* para gestão de relacionamentos com fornecedores do GSCF e de Park, Shin e Chang (2010) e nos *frameworks* para gestão da cadeia de suprimentos SCOR e do GSCF, que resultam em maior facilidade para aplicação prática das recomendações apresentadas.

Os processos propostos para gerenciar os relacionamentos com fornecedores em organizações hospitalares foram influenciados pelos *frameworks* para gestão de relacionamento com fornecedores e pelos métodos de *strategic sourcing* revisados, assim como por outros estudos analisados nas etapas de revisão de literatura. Alguns processos sugeridos têm similaridades com processos estabelecidos nos *frameworks* de Park, Shin e Chang (2010), Lambert e Schwieterman (2012) e Croxton et al. (2001) e Mettler e Rohner (2009), com a inserção de eventuais adaptações e a inclusão de alguns processos para atender demandas específicas das instituições hospitalares.

Estudo recente desenvolvido por Knight (2017) contribui com uma justificativa adicional para a necessidade destas adaptações: Knight (2017) afirma que os métodos de *strategic sourcing* existentes na literatura foram desenvolvidos para empresas de manufatura, não foram otimizados para uso em instituições prestadoras de serviços de saúde e não abordam todos os desafios associados ao *procurement* das organizações hospitalares.

Para liderar a implementação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares recomenda-se instituir um comitê gestor, liderado pelo principal executivo da área de compras (que é membro da diretoria executiva da

organização) e constituído por diretores e gerentes das outras áreas organizacionais. Dentre as responsabilidades do comitê gestor inclui-se: aprovar as diretrizes para a gestão de relacionamento com fornecedores; cada diretor/gerente deve influenciar a participação dos membros de suas áreas nas atividades estabelecidas e cobrar a efetiva adoção dos novos processos em suas respectivas áreas; e reunir-se periodicamente para avaliar resultados e determinar eventuais ajustes que sejam necessários.

Os processos propostos para gestão de relacionamento com fornecedores são descritos a seguir.

3.2.3.1 Definição da estratégia funcional e da política da área de compras

A definição da estratégia da função compras deve ser realizada de forma alinhada e consistente com a estratégia competitiva da instituição hospitalar (HESPING; SCHIELE, 2015; WATTS; KIM; HAHN, 1995; TERPEND; KRAUSE; DOOLEY, 2011; SONI; KODALI, 2013; CORRÊA, 2010).

A estratégia funcional de compras é utilizada para determinar os recursos e as políticas gerais de compra, para guiar a organização nas atividades de compra (HESPING; SCHIELE, 2015). A estratégia de compra determina o padrão de decisões relacionadas com a aquisição de materiais e serviços necessários às operações da organização hospitalar (WATTS; KIM; HAHN, 1995; TERPEND; KRAUSE; DOOLEY, 2011), incluindo os critérios e alçadas utilizados para a aprovação dos contratos e pedidos de compra.

Caso exista uma política de compra na organização hospitalar, recomenda-se avaliá-la e efetuar eventuais adequações para que a área de compras possa desempenhar o papel estratégico que caracteriza a gestão de relações com fornecedores.

3.2.3.2 Análise de dispêndios (*spend analysis*)

A análise de dispêndios é um processo sistemático de análise dos dados de gastos históricos de compras de uma organização, que ajuda a identificar informações como os dispêndios associados com cada centro de custo em determinado período, as principais *commodities* adquiridas, os volumes de gastos com cada categoria de compra e com cada fornecedor e a porcentagem de dispêndios associadas a contratos de compra (PANDIT; MARMANIS, 2008).

Usualmente, a análise de dispêndios é realizada no estágio inicial da aplicação de métodos de *strategic sourcing* e pode prover visibilidade detalhada dos padrões de gastos,

criando uma base para identificar oportunidades de economia e para a tomada de ações (PANDIT; MARMANIS, 2008; LIMBERAKIS, 2012).

O processo de análise de dispêndios é descrito em detalhes em Aberdeen Group (2004), que indica os seguintes aspectos em comum entre organizações com programas bem-sucedidos de análise de dispêndios de compras: auditar os recursos existentes de gestão de dados de dispêndios; acessar todas as fontes de dados de gastos, dentro e fora da organização; adotar um esquema de classificação de dispêndios único, em toda a organização; estabelecer recursos eficientes e repetíveis de limpeza e classificação de dados, por meio do uso de *softwares* ou serviços; aumentar o *expertise* nas categorias de compras para assegurar precisão dos dados e validação das classificações; classificar os gastos em um nível detalhado; aprimorar os principais dados de gastos com inteligência de negócios; aumentar a frequência e cobertura das análises de dispêndios; utilizar ferramentas avançadas de relatórios e de suporte à decisão; e expandir continuamente o uso e o escopo do programa de gerenciamento de dados de dispêndios (ABERDEEN GROUP, 2004).

O processo de análise de dispêndios descrito por Aberdeen Group (2004) é adotado em várias soluções de análises de gastos comercializados atualmente no mercado (KNIGHT et al., 2017).

A análise de dispêndios deve também levar em consideração aspectos de sustentabilidade, que contribuem para reduzir os riscos de suprimentos relacionados com a conduta do fornecedor (KNIGHT et al., 2017).

3.2.3.3 Padronização de materiais e serviços

Padronizar materiais e serviços médico-hospitalares é uma condição básica para reduzir a complexidade da cadeia de suprimento hospitalar e racionalizar a gestão de relacionamento com fornecedores. A definição da padronização de materiais e serviços como um subelemento do construto 3 do *framework* é amplamente suportada pela literatura, conforme sintetizado a seguir.

Fatores como a enorme quantidade e diversidade de materiais e equipamentos médico-hospitalares, a seleção de muitos suprimentos ser direcionada por critérios subjetivos (preferências dos médicos) e a acelerada inovação tecnológica nas áreas médicas, com constantes lançamentos de novos itens médico-hospitalares, trazem grande complexidade à cadeia de suprimentos hospitalar (CHEN; PRESTON; XIA, 2013) e para a gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares.

A padronização de itens é uma importante estratégia para o gerenciamento de categorias de compras (KRALJIC; 1983; OLSEN; ELLRAM, 1997) e para a gestão de relacionamento com fornecedores (PARK; SHIN; CHANG, 2010). Assim, a padronização tem sido utilizada como uma das principais estratégias para a gestão de itens de preferência médica (MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007).

Para coordenar os esforços de padronização, recomenda-se a formação de comitês multidisciplinares com a participação de médicos, enfermeiros, profissionais de compras e de outras áreas técnicas e administrativas do hospital (GRUNDY, 2016; HAGEN; EPSTEIN, 2004; RICHARDSON et al., 2009; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007), com a utilização de métodos de análise de valor (FELDSTEIN; BROOKS, 2010; (PENNINGTON; DERIENZO, 2010; GRUNDY, 2016) e comprovação de fatos por meio de evidências clínicas e de evidências na literatura (LI et al., 2015) para apoiar a tomada de decisão.

As especificações técnicas de produtos e serviços são elementos críticos no processo de compra e é comum que elas se tornem menos rigorosas que o necessário, ao longo do tempo. Assim, torna-se necessário revisar e adequar periodicamente as especificações dos itens comprados, para que possibilitem uma análise de valor adequada para a decisão de compra (ANDERSON; KATZ, 1998).

Assim, recomenda-se efetuar a revisão da especificação técnica na etapa inicial do processo de padronização. Com relação aos itens de preferência médica, a questão da especificação técnica é ainda mais crucial. Os médicos são responsáveis por definir as especificações destes itens de alto custo (KETCHAM; FURUKAWA, 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007; WILSON et al., 2008). Porém, O'Connor e Schneller (2011) afirmam que os médicos recebem pouco treinamento sobre materiais nos programas de residência, que os residentes não são ensinados a analisar profundamente os materiais que utilizam, tornando a falta de reflexão sobre materiais um tema problemático, principalmente em especialidades como cardiologia e ortopedia, que têm uso intensivo de materiais. Assim, sugere-se incluir a revisão e determinação de especificações técnicas dentro do escopo das atividades dos comitês multidisciplinares.

As discussões realizadas no tópico 2.4.4, que incluem dificuldades para padronizar itens em ambiente hospitalar e sugestão de estratégias para padronização, podem apoiar na organização dos esforços para padronização, bem como o relato dos bons resultados efetuado por Ishii et al. (2017) pode inspirar as equipes na implementação deste subelemento do *framework*.

3.2.3.4 Determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores

Esta etapa corresponde a adaptação do processo estratégico para gestão de relacionamento com fornecedores proposto por Lambert e Schwieterman (2012) e Croxton et al. (2001) às características peculiares de organizações do setor hospitalar. A Figura 3.3 apresenta uma sugestão de etapas para determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores em instituições hospitalares.

Fonte: elaborado pelo autor

Figura 3.3 – Sugestão de etapas para determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores

Conforme anteriormente discutido, o *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF foi concebido a partir da experiência de grandes empresas, com influência principal do setor de manufatura. O processo estratégico de gestão de relacionamentos do GSCF é realizado por um grupo de gerentes de diversas áreas, determina os itens críticos para o sucesso da organização e estabelece os critérios a serem utilizados para segmentação de fornecedores. Posteriormente, grupos multidisciplinares liderados por membros da área de compras, implementam o processo operacional de gestão de relacionamento com fornecedores, seguindo as determinações estabelecidas nos níveis hierárquicos superiores (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

A abordagem *top down* utilizada no *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF é usual nas empresas industriais. No entanto, não se considera adequado

sugerir a adoção desta mesma abordagem no setor hospitalar. Os médicos possuem maior autonomia e responsabilidade para tratar pacientes em instituições hospitalares do que a maioria dos funcionários no desempenho de suas atribuições em empresas industriais. Portanto, é necessário adotar estratégias diferenciadas para envolver e obter a colaboração dos médicos para a implementação bem sucedida da gestão de relacionamento com fornecedores.

Um dos maiores desafios atualmente existentes nos hospitais é obter o engajamento dos médicos em iniciativas para padronização e redução de custos com itens médico-hospitalares, especialmente dos itens especificados conforme preferência médica (ISHII et al., 2017; O'CONNOR; POLLNER; FUGH-BERMAN, 2016; O'CONNOR; SCHNELLER, 2011; BURNS et al., 2009; WILSON et al., 2008; ROBINSON, 2008; MONTGOMERY; SCHNELLER, 2007) e a determinação de muitas regras pela direção da instituição hospitalar para gerenciar os relacionamentos com fornecedores poderia ser interpretada pelos médicos como a imposição de um programa para reduzir custos, que afetaria sua autonomia para decidir sobre os tratamentos dos pacientes, gerando insatisfação e oposição à implantação da iniciativa.

Desta forma, recomenda-se engajar os médicos desde a primeira etapa da determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores, que corresponde a identificação dos produtos e serviços que são críticos para o sucesso da organização hospitalar, no momento atual e no futuro. A participação da equipe médica na capacitação sobre conceitos básicos de gestão de relacionamento com fornecedores sugerida para ser realizada durante a implementação dos construtos 1 e 2, certamente poderá facilitar o engajamento dos médicos. Para melhores resultados, além da equipe médica, sugere-se incluir funcionários-chave de outras áreas do hospital nas atividades de identificação de itens críticos.

Assim, aconselha-se montar equipes com membros do corpo clínico, engenharia clínica e das áreas administrativas e de apoio, para analisar, dentro de sua área de especialidade, quais itens devem ser considerados críticos para o sucesso da organização hospitalar nos dias atuais e no futuro. Após realizado este trabalho, caberia ao comitê gestor avaliar as recomendações encaminhadas pelas diversas áreas e determinar os itens considerados como críticos para o sucesso da organização.

O passo seguinte refere-se ao estabelecimento de critérios para segmentação de fornecedores. A relevância da segmentação de fornecedores foi bastante discutida na revisão de literatura (DAY; MAGNAN; MOELLER, 2010; TANGPONG et al., 2015; TANGPONG; MICHALISIN; MELCHER, 2008; LILLIECREUTZ; YDRESKOG, 2001). A segmentação de fornecedores usualmente decorre da segmentação das categorias de compras, seguindo critérios

de classificação selecionados conforme interesses estratégicos da organização (KRALJIC, 1983; LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; COX, 2015).

Cox (2015) indica que os parâmetros sugeridos por Kraljic (1983), complexidade do mercado fornecedor e importância dos itens comprados, são os critérios mais comumente recomendados na literatura acadêmica para segmentação de categorias de compras e de fornecedores, cuja aplicação geralmente resulta na classificação dos fornecedores nas categorias não crítico, alavancagem, crítico e estratégico. Conforme Lambert e Schwieterman (2012), as empresas associadas ao GSCF segmentaram seus fornecedores utilizando variáveis como “complexidade” e “volume de dispêndio”, “risco de suprimento” e “potencial de contribuição”, ou “risco de suprimento” e “potencial de agregação de valor”.

Não foram identificadas na literatura recomendações específicas sobre critérios para segmentação de fornecedores em instituições hospitalares. Acredita-se que a recomendação básica de Kraljic (1983), “complexidade do item comprado” e “volume de dispêndio” sejam critérios adequados para o desenvolvimento de esquemas de segmentação em instituições hospitalares.

A seguir, caberia ao comitê gestor determinar um quadro de métricas para mensurar o desempenho das atividades do processo de gestão de relacionamento com fornecedores, tomando o cuidado de evitar conflitos com métricas usadas em outros processos, assim como em fomentar o estabelecimento de relações ganha-ganha com fornecedores. Por último, o comitê gestor deve definir diretrizes para compartilhar com os fornecedores os benefícios obtidos com as melhorias atingidas pelas iniciativas implantadas em conjunto (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; CROXTON et al., 2001).

Seria interessante, também, envolver membros do corpo clínico e das outras áreas da organização hospitalar nas atividades de definição de critérios para segmentação de fornecedores, de métricas de medição de desempenho e de parâmetros para compartilhar benefícios com fornecedores, para facilitar a aderência de todos ao cumprimento destas diretrizes e gerar motivação e comprometimento com a implementação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores.

3.2.3.5 Segmentação de fornecedores e definição de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores

A segmentação de fornecedores e determinação de estratégias para gerenciar relações com fornecedores é amplamente adotada em diversos *frameworks* revisados (KRALJIC, 1983; OLSEN; ELLRAM, 1997; ANDERSON; KATZ, 1998; CLEGG; MONTGOMERY, 2005;

PARK; SHIN; CHANG, 2010; LAMBERT; SCWIETERMAN, 2012; COX, 2015; MONCZKA et al., 2015; HESPING; SCHIELE, 2015)

Nesta etapa, efetua-se a construção da matriz de segmentação utilizando-se os critérios definidos na etapa anterior, seguindo interesses estratégicos da organização. Conforme comentários anteriores, adotam-se as variáveis “complexidade do item comprado” e “volume de dispêndio”.

Para avaliar a complexidade dos itens adquiridos podem ser considerados aspectos como: quantidades de fornecedores aptos disponíveis no mercado, criticidade do item na prestação de cuidados ao paciente, prazo de entrega, proximidade física com o fornecedor, sofisticação da tecnologia do fornecedor, nível de relacionamento entre os fornecedores concorrentes, dentre outros aspectos. Após a definição dos critérios a serem considerados, efetua-se a avaliação do nível de complexidade de cada categoria de compra. De modo simplificado, as categorias de compra podem ser classificadas como de “baixa complexidade” ou de “alta complexidade”.

O volume de dispêndios de cada categoria de compra foi calculado anteriormente, na etapa de análise de dispêndios e será utilizado agora, conjuntamente com o nível de complexidade, para posicionar cada categoria na matriz de segmentação. Por exemplo, pode-se considerar o dispêndio total realizado com cada categoria de compra no último ano, ou o valor médio dispendido nos últimos anos e, definindo-se um valor limite, classificar como de “baixo dispêndio” as categorias com valor inferior ao limite estabelecido e como de “alto dispêndio”, as categorias com gasto igual ao superior ao valor limite.

Assim, constrói-se a matriz de segmentação e pode-se determinar quatro quadrantes: não críticos, para itens de “baixo dispêndio” e “baixa complexidade”; alavancagem, para itens de “alto dispêndio” e “baixa complexidade”; críticos, aos itens de “baixo dispêndio” e “alta complexidade”; e estratégicos, para itens de “alto dispêndio” e “alta complexidade” (KRALJIC, 1983; CLEGG; MONTGOMERY, 2005; PARK; SHIN; CHANG, 2010; LAMBERT; SCWIETERMAN, 2012).

Para confirmação do posicionamento das categorias de compra na matriz de segmentação, recomenda-se analisar o mercado fornecedor utilizando as técnicas de análise das 5 forças de Porter e da análise SWOT (CLEGG; MONTGOMERY, 2005).

As estratégias para gestão de relacionamentos com fornecedores são determinadas a partir do posicionamento da categoria de compra na matriz de segmentação. As estratégias básicas comumente adotadas podem ser resumidas como: para fornecedores de itens localizados nos quadrantes “não crítico” e “alavancagem”, são estabelecidas relações de pouca

proximidade, buscando-se simplificar os processos de aquisição de itens “não críticos” e potencializar a obtenção de redução de custos devido ao predomínio do poder do comprador em relação aos fornecedores localizados no quadrante “alavancagem”; tipicamente, há dominância de poder pelos fornecedores localizados no quadrante “críticos” e busca-se, inicialmente, garantir o fornecimento destes itens, para em seguida encontrar alternativas para mover estes itens para o quadrante “não crítico”; com os fornecedores do quadrante “estratégico” busca-se desenvolver relacionamentos próximos e estabelecer parcerias estratégicas que contribuam para a geração de vantagens competitivas mútuas (LAMBERT; SCHWIETERMAN, 2012; PARK; SHIN; CHANG, 2010; COX et al., 2003; CLEGG; MONTGOMERY, 2005; ANDERSON; KATZ, 1998; KRALJIC, 1983).

Métodos mais sofisticados para segmentação de fornecedores e definição de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores são propostas por autores como Schuh et al. (2017), Cox (2015), Keith et al. (2015), Vitasek e Manrodt (2012) e, eventualmente, podem ser úteis para organizações hospitalares que possuam, ou que venham a adquirir, maior maturidade em gestão de relacionamento com fornecedores.

3.2.3.6 Formação de grupos multidisciplinares para gestão de relacionamentos com fornecedores e identificação de oportunidades para redução de custos e melhoria de desempenho

Na etapa anterior, ocorreu a classificação dos fornecedores em quatro categorias, com a determinação de estratégias básicas para gerenciamento dos relacionamentos. Nesta etapa, formam-se grupos multidisciplinares para gerenciar as categorias de fornecedores, adaptando-se as recomendações de Lambert e Schwieterman (2012) às características específicas dos hospitais.

Sugere-se a formação de ao menos uma equipe multidisciplinar para cuidar de cada uma das seguintes categorias de fornecedores: “não críticos”, “alavancagem” e “críticos”; e uma equipe multidisciplinar específica para gerenciar os relacionamentos com cada um dos fornecedores estratégicos. Os grupos multidisciplinares são responsáveis por identificar oportunidades, estabelecer metas e propor e implantar ações para redução de custos e melhorias de desempenho em cada uma das categorias de fornecedores. A definição de ações deve ser realizada com base nas estratégias básicas para gestão de relacionamento determinadas para cada categoria.

As equipes multidisciplinares devem reunir as competências necessárias para permitir uma análise abrangente das oportunidades de redução de custos e melhorias de desempenho e

para gerenciar a implementação de ações em cada categoria de fornecedores. Consequentemente, os grupos devem ser compostos por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais da área de saúde, engenheiros clínicos, engenheiros e técnicos de manutenção, profissionais das áreas administrativa, cadeia de suprimentos, tecnologia de informação, finanças e contabilidade, meio ambiente e demais áreas organizacionais, conforme requisitos específicos de cada categoria de fornecedores. A liderança da equipe é conduzida por um membro da área de compras.

Considerando-se a relevância dos fornecedores estratégicos, deve ser formada uma equipe multidisciplinar para gerenciar as relações com cada fornecedor estratégico. Em função da característica estratégica destes relacionamentos, requer-se atenção especial por parte da diretoria executiva da organização hospitalar com tais fornecedores, oferecendo apoio e participação ativa na implementação das ações, sempre que requerido pelas equipes gestoras dos relacionamentos.

Dependendo da quantidade de oportunidades e do potencial de melhorias identificadas para as categorias de fornecedores “críticos”, “alavancagem” e “não críticos”, pode ser necessário criar subdivisões nestas categorias, com a formação de equipes multidisciplinares para gerenciar as relações com cada subgrupo de fornecedores, atendendo de forma customizada às necessidades particulares de cada subcategoria.

Os grupos multidisciplinares devem reunir-se periodicamente e em sua rotina de trabalho inclui-se o envolvimento nas atividades de selecionar, implementar estratégias de gestão de relacionamento, avaliar e desenvolver fornecedores, seguindo os processos descritos a seguir.

3.2.3.7 Seleção e contratação de fornecedores

A seleção de novos fornecedores é uma questão multifuncional e requer o envolvimento de diversas áreas da organização. A ideia é pré-selecionar uma quantidade limitada de fornecedores qualificados, com os quais serão conduzidas negociações para a aquisição de materiais e serviços, buscando-se sempre minimizar o custo total de propriedade de cada item contratado. Aspectos de sustentabilidade social e ambiental ocupam um papel cada vez mais importante na seleção de fornecedores (WAN WEELE, 2014).

Tendo como referência as recomendações de Monczka et al. (2009), Clegg e Montgomery (2005) e Park, Shin e Chang (2010) pode-se definir as seguintes etapas para o processo de seleção e contratação de fornecedores: (1) determinar uma lista de fornecedores

pré-qualificados, (2) realizar a avaliação detalhada dos fornecedores pré-qualificados e (3) efetuar a seleção e contratação do fornecedor.

A primeira etapa inicia-se com a determinação dos critérios a serem utilizados para a avaliação do fornecedor. A maioria das avaliações de fornecedores leva em consideração três critérios principais: custo, qualidade e entrega. Estes três elementos geralmente representam as questões mais críticas que afetam uma organização compradora. A aquisição de itens de maior importância requer uma análise aprofundada das capacidades do fornecedor e podem ser estabelecidos como critérios para avaliação e seleção de fornecedores: capacidade de gerenciamento; competências dos funcionários; estrutura de custos; sistema de gestão da qualidade, incluindo aspectos relacionados com desempenho em qualidade e filosofia adotada para a gestão da qualidade; capacidade tecnológica e de processos, englobando tecnologias utilizadas, capacidade para desenvolver projetos, métodos e processos utilizados para produção de um produto ou serviço; aspectos de sustentabilidade, incluindo conformidade com a legislação ambiental e social; estabilidade financeira; sistemas e métodos adotados para planejamento e controle da produção; estratégias, políticas e técnicas adotadas para gerenciar fornecedores; e potencial para desenvolver relacionamento de longo prazo, dentre outros aspectos requeridos por itens específicos (MONCZKA et al., 2009; BHUTTA; HUQ, 2002).

A seguir, busca-se identificar potenciais fornecedores. O esforço dispendido na pesquisa de novas fontes de suprimento é função de diversas variáveis, incluindo a importância estratégica ou complexidade técnica dos requisitos da compra e o nível de atendimento dos fornecedores existentes aos parâmetros de custo, qualidade e outras variáveis de desempenho. Dependendo do item em consideração, podem resultar muitas fontes potenciais para escolha. Recursos limitados impedem uma avaliação profunda de todas as fontes potenciais de suprimento, tornando necessária uma avaliação preliminar para restringir a quantidade de fornecedores potenciais, com a elaboração de uma lista de fornecedores pré qualificados. Vários critérios podem ser adotados nesta avaliação preliminar dos fornecedores potenciais, como diagnóstico de riscos financeiros e análise de informações sobre sua estrutura de custos, tecnologia de processo, dados de participação de mercado, desempenho em qualidade ou outras informações importantes para a decisão de compra de itens específicos (MONCZKA et al., 2009; CLEGG; MONTGOMERY, 2005).

Na etapa seguinte, efetua-se uma avaliação aprofundada dos fornecedores pré-qualificados, dentre os quais será selecionado o fornecedor a ser contratado. As informações para esta avaliação podem ser obtidas diretamente com o fornecedor, por meio de um pedido formal de solicitação de informações (*request for information*, ou RFI), complementada por

uma solicitação de cotação (*request for quotation*, ou RFQ) para obtenção de informações sobre os preços praticados pelo fornecedor. Pode-se solicitar que os fornecedores detalhem os preços propostos, informando os valores referentes a mão de obra, materiais, despesas gerais e lucro. A aquisição de itens importantes pode demandar a realização de uma visita de avaliação ao fornecedor, na qual uma equipe multidisciplinar obtém informações *in loco* sobre as capacidades do fornecedor. Algumas organizações terceirizam a realização de visitas de avaliação e contratam empresas especializadas em auditorias de qualidade para avaliar fornecedores de itens de importância elevada (MONCZKA et al., 2009).

A avaliação de fornecedores pelo método do custo total de propriedade (TCO) é recomendada por Anderson e Katz (1998) e Van Weele (2014). O método para determinar o custo total de propriedade é abordado em várias publicações na literatura acadêmica, incluindo Ellram (1993; 1994; 1995) e Ellram e Siferd (1998).

O custo total de propriedade é uma abordagem que possibilita que a empresa compradora determine quais custos considera mais significativos na aquisição, posse, uso e subsequente disposição final de um bem ou serviço. Além do preço pago pelo item, o custo total de propriedade pode incluir dispêndios com elementos como colocação de pedido, pesquisa e qualificação de fornecedores, transporte, recebimento, inspeção, rejeição, substituição, tempo de inatividade causado por falha, custos de descarte, dentre outros. O método de custo total de propriedade pode ser aplicado a qualquer tipo de compra (ELLRAM, 1995).

Conforme mencionado na revisão bibliográfica, métodos de análise de decisão multicritério também são utilizados na literatura acadêmica para a avaliação e seleção de equipamentos, dispositivos e tecnologias médicas. Dentre tais métodos, Park, Shin e Chang (2010) e Ivlev, Kneppo e Bartak (2014) sugerem utilizar o método *analytic hierarchy process* (AHP). A utilização do método AHP para a seleção de fornecedores é abordada por Nydick e Hill (1992) e Barbarosoglu e Yazgaç (1997), dentre vários outros autores.

Em termos da aplicação das duas abordagens, o método de TCO é mais adequado nas situações em que o custo tem prioridade alta e há disponibilidade de informações detalhadas de custo para efetuar comparações. Considera-se o método AHP mais adequado para decidir entre fornecedores quando existem diversos objetivos conflitantes e, embora o custo possa ser considerado importante, ele não é considerado o fator prioritário (BHUTTA; HUQ, 2002).

A etapa final do processo de avaliação e seleção é selecionar o fornecedor e chegar a um contrato de fornecimento. As atividades associadas a essa etapa podem variar, dependendo do item sob consideração. Para itens de rotina, pode ser necessária somente a notificação e a

emissão de um contrato básico de compra para o fornecedor selecionado. Para uma compra importante, o processo pode se tornar mais complexo. O comprador e o fornecedor podem ter que conduzir negociações detalhadas para acordar os termos e pormenores específicos de um contrato de compra (MONCZKA et al., 2009).

Considerando-se a relevância e interdependência entre os processos de padronização de itens médico-hospitalares, em especial de itens de preferência médica, e de avaliação e seleção de fornecedores, recomenda-se que haja bastante proximidade e intercâmbio de informações entre as equipes responsáveis por estes processos.

3.2.3.8 Implantação de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores e avaliação de desempenho de fornecedores

Seguindo os planos de ação estabelecidos, os grupos de gestão de relacionamento com fornecedores devem implementar as atividades planejadas para redução de custos e melhoria de desempenho, tanto para os fornecedores existentes quanto para os novos fornecedores. Simultaneamente, efetua-se a avaliação de desempenho dos fornecedores.

A avaliação de fornecedores é uma atividade fundamental para gerenciar o relacionamento comprador-fornecedor, sendo realizada em pelo menos duas fases distintas: durante o processo de seleção e durante a fase de suprimento. Na fase de seleção, conforme anteriormente abordado, tem-se como objetivo determinar uma ordem de preferência dentre os fornecedores potenciais, para possibilitar a seleção dos melhores fornecedores (OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2014; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2016).

Posteriormente, durante a etapa de fornecimento de produtos e serviços, avalia-se o desempenho apresentado pelo fornecedor em comparação aos níveis de desempenho desejados. Deve-se monitorar permanentemente o desempenho dos fornecedores e as informações provenientes do processo de avaliação de desempenho ajudam a definir e a planejar iniciativas para melhorar o desempenho e as capacidades dos fornecedores, a fim de melhor atender às necessidades de suprimento (OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2014; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2016).

Com relação a critérios para avaliação de desempenho de fornecedores, Park, Shin e Chang (2010) adotam três critérios principais em seu *framework* de gestão de relacionamento com fornecedores: capacidades (tecnológica, financeira, de produção, sistema da qualidade, organização e reputação); desempenho em qualidade, custo e entrega; e relacionamento colaborativo (cooperação, comprometimento, conformidade, resolução de conflitos e mutualidade).

Dey et al. (2015) sugerem um abrangente *framework* para medição de desempenho de fornecedores em uma organização de manufatura, estruturado em duas áreas principais, desempenho e capacidades e práticas, que se desdobram em vários critérios e subcritérios, conforme segue:

Critérios e subcritérios relacionados a desempenho:

- Desempenho em qualidade: conformidade com qualidade e especificação; melhoria contínua da qualidade; sistema de ações corretivas e preventivas; auditoria e acreditação da qualidade; flexibilidade em especificações; qualidade em serviços (garantia, confiabilidade, responsividade e empatia);
- Desempenho na entrega: conformidade com a data estabelecida; confiabilidade na entrega; flexibilidade na entrega; desempenho na entrega durante emergências;
- Desempenho em custo: adequação de preços em relação ao mercado; competitividade de custos; capacidade e esforços para redução de custos; desempenho em redução de custos; transparência em políticas de custos abertos (*open book costing*) (DEY et al., 2015).

Critérios e subcritérios relacionados a capacidades e práticas:

- Capacidade organizacional: imagem; estabilidade financeira; gestão da qualidade; histórico de desempenho; flexibilidade para adoção de mudanças; estado da arte em tecnologia; inovação e aprendizagem organizacional; qualidade dos recursos humanos;
- Práticas ambientais: consideração de fatores ambientais em projetos; consideração de fatores ambientais na produção; consideração de fatores ambientais em embalagens e na distribuição;
- Práticas sociais: políticas éticas; atividades de responsabilidade social empresarial; práticas de segurança;
- Práticas de gestão de riscos: práticas de gestão de riscos na produção; gestão de riscos em negócios; resiliência na cadeia de suprimentos (DEY et al., 2015)

Não foram identificados estudos nas bases de dados Web of Science e Scopus com enfoque específico em critérios para avaliação de desempenho de fornecedores em organizações hospitalares.

Em linhas gerais, considera-se que podem ser utilizados critérios similares aos adotados em organizações industriais, com atenção especial a aspectos de qualidade (como conformidade

com especificação) e de entrega (conformidade com data estabelecida, confiabilidade da entrega), em função da maior criticidade das operações hospitalares, bem como de aspectos relacionados a custos (como competitividade de custos e desempenho em redução de custos).

3.2.3.9 Desenvolvimento de fornecedores

O desenvolvimento de fornecedores é um processo que visa melhorar o desempenho dos fornecedores, em um contexto em que se busca reduzir a base de fornecimento para melhorar a eficiência dos fornecedores remanescentes (PARK; SHIN; CHANG, 2010). O desenvolvimento de fornecedores é importante para estabelecer relacionamentos colaborativos de longo prazo, para minimizar os riscos de fornecimento e para permitir a adoção de estratégias de gestão da cadeia de suprimentos (OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2014). A empresa compradora pode promover melhorias significativas no desempenho do produto, na entrega e nas capacidades do fornecedor executando atividades de desenvolvimento do fornecedor (WAGNER, 2010).

O desenvolvimento de fornecedores se caracteriza por identificar e avaliar áreas potenciais de melhorias nos fornecedores, para posterior implementação de ações para aprimoramento. Quando detectada deficiência na contribuição esperada do fornecedor, ações diferentes podem ser tomadas, conforme a importância estratégica do fornecedor e o potencial de valor que pode ser gerado pelo relacionamento com o mesmo. Assim, um nível elevado de atividades de desenvolvimento é direcionado para fornecedores com grande potencial de agregação de valor, demandando de parte do fornecedor comprometimento e reciprocidade em investimentos, para que os objetivos de desenvolvimento sejam atingidos. As atividades de desenvolvimento de fornecedores contribuem para a construção de relações valorosas e duradouras com fornecedores selecionados (MOELLER; FASSNACHT; KLOSE, 2006).

Conforme Wagner (2011), a eficácia do desenvolvimento do fornecedor depende do estágio do ciclo de vida (iniciação, maturidade ou declínio) em que se encontra o relacionamento com o fornecedor, sendo mais efetivo quando o relacionamento encontra-se maduro. Desde modo, Wagner (2011) recomenda atividades de desenvolvimento indireto, como avaliar e dar *feedback* ao fornecedor, nos estágios iniciais do relacionamento com o fornecedor, evoluindo gradativamente para a etapa de desenvolvimento direto, com atividades como treinamento, consultoria e transferência de equipes, à medida que o relacionamento torna-se maduro. Posteriormente, caso o relacionamento entre em declínio, deve-se interromper as atividades de desenvolvimento direto e retornar ao estágio anterior, de desenvolvimento indireto (WAGNER, 2011).

Conforme mencionado no tópico anterior, os dados de saída do processo de avaliação de desempenho de fornecedores são utilizados para determinar as ações a serem adotadas para o desenvolvimento de fornecedores (OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2014; PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Em seu *framework*, Park, Shin e Chang (2010) definem quatro grupos de programas de desenvolvimento de fornecedores: grupo *prime*, com esforços intensivos para construção de relações de longo prazo; grupo de colaboração, com foco em aumentar a cooperação para obtenção de benefícios recíprocos; grupo de manutenção, que visa manter o padrão de desempenho vigente; e grupo de melhoria, direcionado a desenvolver atividades de melhorias nos fornecedores.

De forma similar, podem ser definidos grupos para desenvolvimento de fornecedores, com o estabelecimento de ações prioritárias conforme necessidades e interesses da organização hospitalar.

3.2.3.10 Incentivo à melhoria contínua

Realizar a gestão de desempenho de fornecedores e apoiar a melhoria contínua dos fornecedores tornaram-se fatores críticos para a gestão da cadeia de suprimentos (SCHOENHERR et al., 2012; PRAJOGO et al., 2012; OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2014; OSIRO; LIMA-JUNIOR; CARPINETTI, 2016).

Uma estratégia de melhoria contínua envolve a implantação de ciclos de PDCA (planejar, fazer, verificar e agir) para aprimorar continuamente processos, mão de obra e sistemas de informação. Trata-se de uma atividade estratégica que auxilia as organizações a atenuar a pressão proveniente de concorrentes, reduzir custos e tempos, melhorar a produtividade e buscar mudanças culturais que contribuam para a inovação (PARK; SHIN; CHANG, 2010).

Tendo-se como referência Park, Shin e Chang (2010), propõe-se a implementação da melhoria contínua por meio do seguinte ciclo de PDCA:

- *Plan* – Elaborar planos para melhorias nos processos de gestão de relacionamento com fornecedores, abrangendo melhorias nos processos de gestão e na capacitação de recursos humanos;
- *Do* – Realizar a operação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores de acordo com o planejamento efetuado;

- *Control* – Verificar a operação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores, incluindo a avaliação da operação dos processos e da atuação das pessoas;
- *Act* – Implantar o plano de melhorias nos processos de gestão de relacionamento com fornecedores e na capacitação das pessoas.

Desta forma, conclui-se a proposição de um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares e atinge-se o objetivo de pesquisa I.

O *framework* desenvolvido será utilizado como a estrutura teórico-conceitual para a coleta e análise de dados do estudo de casos em organizações hospitalares, cujo planejamento e execução são abordados no próximo capítulo.

4 Estudo de múltiplos casos em hospitais universitários

Neste capítulo, o foco se dirige para buscar respostas para a questão de pesquisa II (como é realizada a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados?), com a utilização do método de pesquisa de estudo de caso.

Conforme mencionado no capítulo introdutório, a condução do estudo de múltiplos casos em organizações hospitalares é realizada conforme as fases recomendadas por Yin (2015), representadas na Figura 4.1.

Fonte: Adaptado de Yin (2015)

Figura 4.1. Representação das etapas de estudo de múltiplos casos

Desenvolver a teoria, etapa inicial da primeira fase, que incluiu as atividades de revisão de literatura e desenvolvimento de um *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, foi realizada nos dois capítulos anteriores.

As demais etapas da fase “definir e projetar” e as etapas da segunda fase, “preparar, coletar e analisar”, são abordadas neste capítulo. O enfoque da terceira fase, “analisar e concluir”, é realizado no Capítulo 5.

Assim, o presente capítulo é composto por quatro tópicos: (1) seleção dos casos, que aponta e justifica os critérios adotados para escolher os hospitais universitários; (2) protocolo utilizado para a coleta de dados; (3) condução do estudo de casos, indicando a conduta adotada para contatar as organizações hospitalares, realizar as entrevistas e obter fontes adicionais de evidências; e (4) relatório dos casos, que se constitui no tópico mais extenso, descrevendo a síntese das informações obtidas na etapa anterior, nas quatro organizações estudadas.

4.1 Seleção dos casos

Conforme justificativas apresentadas no capítulo inicial, o presente estudo foca em hospitais universitários de ensino, que se caracterizam como centros de atenção médica de alta complexidade, empregam profissionais com elevada qualificação, utilizam volume relevante de recursos financeiros e desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, com importantes responsabilidades, tais como formar profissionais na área da saúde e definir a forma de incorporação de novas tecnologias médicas no país.

Como premissa básica para a seleção dos casos, buscou-se identificar hospitais universitários que apresentem nível elevado de desenvolvimento em gestão. Foram considerados dois aspectos relevantes que podem influenciar no nível de gestão de uma organização hospitalar: a complexidade dos procedimentos médicos realizados e o tamanho do hospital.

A execução de procedimentos médicos de alta complexidade em um hospital requer elevada qualificação das equipes médicas e das equipes de gestão, além de equipamentos com tecnologia avançada. Conforme Barata, Mendes e Bittar (2010), os hospitais universitários públicos estaduais paulistas incluem as mais complexas unidades de saúde dentre todos os hospitais de ensino, que se constituem em referências para o estado e para o país. Na esfera da gestão privada da saúde, renomados hospitais universitários paulistas geridos por instituições privadas são classificados como centros de referência de alta complexidade (GOVERNO DO BRASIL, 2014), possuem certificações internacionais de qualidade em prestação de serviços de saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017) e estão classificados entre os melhores hospitais da América Latina, conforme indicado em *rankings* como o do Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2017). Desta forma, a seleção de casos direcionou-se aos hospitais universitários de ensino públicos e privados localizados no estado de São Paulo.

Com relação ao segundo aspecto, a literatura aponta uma relação direta entre o tamanho do hospital e sua eficiência operacional e qualidade na prestação de serviços aos pacientes. Yoon, Lee e Schniederjans (2016) demonstram que hospitais de grande porte, com mais de 500 leitos, tendem a gerenciar sua cadeia de suprimentos de modo mais eficiente que hospitais menores. Os resultados do estudo realizado por Watcharasriroj e Tang (2004) indica que os hospitais grandes operam de maneira significativamente mais eficiente do que os hospitais pequenos, tanto em relação a aspectos gerenciais quanto em termos de prestação de cuidados aos pacientes. Hung et al. (2010) apontam que hospitais maiores são mais propensos a adotar inovações, incluindo a implantação de sistemas para gerenciar relacionamentos com clientes, que contribuem para melhorar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos pacientes.

A teoria da contingência, que estabelece que os resultados organizacionais são determinados pela escolha dos mecanismos de comunicação, coordenação e integração de esforços em toda a organização e em seu contexto operacional, auxilia na explicação do efeito de tamanho na eficiência dos hospitais. À medida que o hospital aumenta de tamanho, sua estrutura organizacional se torna mais complexa, o número de funcionários aumenta, há uma tendência de formalizar e padronizar os processos de trabalho, bem como de ampliar os níveis de controle gerencial. Os hospitais maiores também tendem a ter equipes e unidades de prestação de serviços mais especializadas, com mecanismos de comunicação, coordenação e integração mais evoluídos, que afetam positivamente a eficiência operacional. Quando o aumento no tamanho pode suportar a natureza única do processo de produção do hospital e complementar seu ambiente operacional, este aumento pode contribuir positivamente para a eficiência da instituição hospitalar (WATCHARASRIROJ; TANG, 2004; ZINN; MOR, 1998).

Outra explicação para o efeito de tamanho é oferecida pela economia de escala: quanto maior a organização, ou sua escala de produção, menor será seu custo médio. Além da dimensão de custos, as organizações maiores possuem maior capacidade financeira para contratar profissionais especializados e adquirir instalações e equipamentos avançados, bem como dispor de capacidade técnica e gerencial para operar suas instalações em máxima capacidade. Porém, à medida que uma organização cresce em tamanho, ela enfrentará desafios crescentes de gestão, devido a uma estrutura organizacional mais complexa. Considerando estes dois pontos de vista, para um hospital, a eficiência tende a aumentar com o tamanho se as vantagens advindas das economias de escala forem maiores do que a proporção de tempo e esforço necessários para coordenar e controlar o trabalho no hospital de maior porte (WATCHARASRIROJ; TANG, 2004; FELDSTEIN, 2012; YOON; LEE; SCHNIEDERJANS, 2016).

Considerando-se estes dois critérios, classificação como hospital de referência de alta complexidade e capacidade mínima em torno de 500 leitos, foram selecionados dois hospitais universitários públicos e dois geridos pela iniciativa privada.

Foram efetuados contatos com gestores dos hospitais selecionados para solicitar entrevistas e demais informações para realizar o estudo de casos. Como parte das tratativas, foi assegurado sigilo quanto à identificação do hospital e dos entrevistados. Em cumprimento ao acordo estabelecido, não foram mencionadas nas referências algumas fontes de informação utilizadas para obter dados, como relatórios divulgados ao público pelas organizações hospitalares estudadas, que poderiam levar a identificação dos hospitais ou dos entrevistados.

O Quadro 4.1 resume as características principais e o Quadro 4.2 sintetiza a atuação em ensino e pesquisa dos hospitais universitários selecionados.

Hospital	Tipo	Esfera administrativa	Tipo de gestão	Quantidade de leitos
A	Hospital geral	Privada	Entidade beneficente sem fins lucrativos	627
B	Hospital geral	Privada	Entidade beneficente sem fins lucrativos	469
C	Hospital geral	Pública	Autarquia estadual	2500
D	Hospital geral	Pública	Autarquia estadual	877

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações constantes em relatórios e *websites* oficiais dos hospitais¹⁶

Quadro 4.1 – Características principais dos hospitais universitários estudados

Hospital	Dados do ano	Alunos de graduação	Alunos de mestrado	Alunos de doutorado	Residentes	Artigos publicados
A	2017	443	33	Não informado	Não informado	717
B	2017	–	35	39	363	178
C	2017	1400	1900		1600	2300
D	2017	1755	1514		907	2134

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações constantes em relatórios e *websites* oficiais dos hospitais¹⁷

Quadro 4.2 – Atuação em ensino e pesquisa dos hospitais universitários estudados

O Hospital A, o Hospital B e um dos hospitais que compõem o complexo hospitalar do Hospital C fazem parte do seletto grupo constituído por somente seis hospitais brasileiros reconhecidos com o selo de “Hospitais de Excelência”, uma certificação concedida pelo Ministério da Saúde às instituições hospitalares filantrópicas que cumprem rigorosos requisitos, que as credencia para a proposição e desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS, realizada por meio da participação no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Os Hospitais de Excelência integram as ações estratégicas do SUS de modo intenso, devido ao uso otimizado de sua capacidade técnica e de seu conhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

¹⁶ Os dados constantes no Quadro 4.1 foram obtidos nas seguintes fontes: Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital A, Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital B, Relatório de Atividades 2016-2017 do Hospital C e *website* do Hospital D.

¹⁷ Os dados constantes no Quadro 4.2 foram obtidos nas seguintes fontes: Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital A, Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital B, Relatório de Atividades 2016-2017 do Hospital C e *website* do Hospital D.

4.2 Protocolo para coleta de dados

Detalha-se neste tópico a elaboração do protocolo para coleta de dados, desenvolvido a partir da análise da estrutura teórico-conceitual anteriormente proposta. São apresentadas as questões de pesquisa do estudo de casos, a indicação de pontos de verificação de evidências e o desenvolvimento do roteiro para as entrevistas semiestruturadas.

4.2.1 Questões de pesquisa do estudo de casos e roteiros para entrevista

O *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares é utilizado como a estrutura teórico-conceitual para a realização do estudo de casos. Com base nesta estrutura são estabelecidas as questões de pesquisa do estudo de casos, apresentadas no Quadro 4.3, acompanhadas da indicação de fontes de evidência a serem verificadas nos levantamentos de campo.

Questão de pesquisa	Pontos de verificação
1. Qual é o papel estratégico exercido pela área de compras na organização hospitalar?	Verificar estrutura organizacional, suporte da alta administração, nível hierárquico do principal executivo de compras e escopo de atuação, responsabilidades e objetivos da área de compras.
2. Os profissionais da área de compras possuem capacitação adequada para atuar estrategicamente?	Verificar integração da área de compras com áreas internas e fornecedores, desenvolvimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores e capacitações técnicas da equipe de compras.
3. Como são geridos os relacionamentos com os fornecedores?	Verificar utilização de conceitos e técnicas de <i>strategic sourcing</i> , incluindo segmentação de categorias de compras e fornecedores, padronização de materiais e serviços e determinação de estratégias para gestão de relações com fornecedores. Verificar processos de seleção, contratação, avaliação de desempenho, desenvolvimento e melhoria contínua de fornecedores.
4. Quais são as dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores?	Identificar dificuldades e barreiras internas e externas enfrentadas nos processos de gestão de relacionamento com fornecedores.

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 4.3 – Questões de pesquisa do estudo de casos e indicação de pontos de verificação

Utilizando-se como referência a estrutura teórico-conceitual, as questões do estudo de casos e a indicação de pontos de verificação, foi elaborado o roteiro de entrevistas do estudo de casos, que é apresentado no Apêndice C. O roteiro foi dividido em duas partes: aspectos estratégicos e processos de gestão de relacionamento com fornecedores.

4.3 Condução do estudo de casos

Inicialmente, foram realizados contatos pessoais ou por e-mail para informar sobre a pesquisa e solicitar autorização para realizar entrevistas e obter informações para desenvolver um estudo de caso sobre o enfoque adotado para a gestão de relacionamento com fornecedores na organização hospitalar. Após retorno da solicitação inicial, seguiram-se contatos por telefone ou e-mail, que resultaram no agendamento da entrevista inicial ou de uma reunião presencial para detalhar interesses da pesquisa e definir os gestores a serem entrevistados.

4.3.1 Realização de entrevistas

A realização de entrevistas semiestruturadas foi o principal meio utilizado para a coleta de dados nas organizações hospitalares estudadas. Nas quatro organizações, as informações mais relevantes foram obtidas com informantes-chave, indivíduos que são, ou foram, gestores seniores da organização (BRYMAN, 1989; PEDROSO, 2010) e que conseguem generalizar os padrões de comportamento, depois de resumir as relações organizacionais observadas ou esperadas (SEIDLER, 1974; KUMAR, STERN, ANDERSON, 1993).

Segundo Kumar, Stern e Anderson (1993, tradução nossa), os informantes-chave “são escolhidos porque supostamente estão bem informados sobre os assuntos que estão sendo pesquisados e são capazes e estão dispostos a se comunicar sobre eles”.

Johnston, Leach e Liu (1999) indicam que as informações provenientes de informantes-chave contribuem para aumentar a validade de estudo de casos. Entrevistas com informantes-chave têm sido utilizadas em trabalhos similares, tendo como exemplos, Gelderman e Van Weele (2002), no estudo de direcionamento estratégico pelo uso de portfólio de compras, e Pedroso (2010), para pesquisar gestão estratégica de serviços de saúde. A propósito, Pedroso (2010) utilizou ex-diretores de organizações prestadoras de serviços de saúde como informantes-chave em seu estudo.

Além das entrevistas com os informantes-chave, quando possível, foram também entrevistados outros gestores, responsáveis ou diretamente envolvidos com os processos estudados. O roteiro que consta no Apêndice C serviu como um guia para conduzir as entrevistas. Preferencialmente, discutiram-se os aspectos estratégicos com os gestores sêniores. Conforme o contexto de cada entrevista, foram apresentadas questões adicionais para melhor compreensão dos temas em discussão.

O Quadro 4.4 apresenta informações sobre o cargo exercido pelos entrevistados e o tempo de duração de cada entrevista.

Hospital	Entrevistado	Cargo do entrevistado (atual ou anterior)	Duração da entrevista
A	A1	Diretor Executivo de Suprimentos e Logística	1h00min
	A2	Coordenador de Gestão Estratégica de Fornecedores	2h43min
B	B1	Ex-Superintendente Corporativo	2h08min
	B2	Diretor de Serviços Compartilhados	1h50min
C	C1	Diretor Coordenador do Núcleo de Infraestrutura e Logística	2h58min
	C2	Diretor - Unidade de Controle de Contratos	1h26min
	C3	Diretora – Assessoria Técnica	2h01min
	C4	Gerente de Suprimentos e Compras	1h25min
	C5	Assessor Técnico da Diretoria de Logística e Suprimentos	3h20min
D	D1	Diretor do Departamento de Apoio Administrativo	2h42min
	D2	Diretor Técnico de Saúde	1h41min
	D3	Assessor Técnico da Diretoria	1h03min
	D4	Assessora Técnica da Diretoria	1h05min
	D5	Assessora Técnica da Diretoria	54min

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 4.4 – Perfil dos entrevistados e tempo de duração das entrevistas

Considerando-se os quatro casos estudados, a duração total das entrevistas para coleta de dados foi de 26 horas e 18 minutos. As entrevistas foram realizadas no período de junho de 2017 a junho de 2018. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Realizou-se a transcrição das entrevistas para assegurar maior confiabilidade no registro dos dados. O processo de transcrição foi realizado com a utilização do *software* Transcribe, disponível em <https://transcribe.wreally.com/>, que possibilita a reprodução de trechos do áudio, seguido pela repetição das frases ouvidas em um microfone para que o *software* efetue a

transcrição das frases ditadas, em texto. A adoção deste método agregou maior produtividade ao processo de transcrição.

4.3.2 Fontes adicionais de evidências para o estudo de casos

Seguindo recomendações de Yin (2015), Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) e Miguel (2007) foram utilizadas múltiplas fontes de evidências para aumentar a validade do estudo de casos. Além das informações obtidas nas entrevistas, foram utilizadas informações adicionais provenientes das diversas fontes indicadas no Quadro 4.5.

Hospital	Fontes adicionais de evidências
A	Manual do Fornecedor publicado pelo hospital, Relatórios de Sustentabilidade (anos 2017, 2016, 2015, 2014 e 2013), informações disponíveis no <i>website</i> do hospital, informações obtidas do sistema ERP da instituição durante a realização da visita, vídeos e entrevistas com entrevistado A1, disponíveis em <i>websites</i> com foco em gestão de organizações de saúde e artigo científico e cópia de <i>slides</i> de apresentação de palestra de autoria do entrevistado A1, sobre práticas de gestão de compras e suprimentos adotadas no hospital.
B	Manual de Relacionamento com Fornecedores publicado pelo hospital, Relatórios de Sustentabilidade (anos 2017, 2016, 2015, 2014 e 2013), informações disponíveis no <i>website</i> do hospital, cópia de <i>slides</i> de apresentação do diretor da área de compras sobre gestão de riscos na cadeia de suprimentos do hospital, matérias jornalísticas publicadas por jornais e revistas de circulação nacional sobre prática de gestão da instituição, vídeos e entrevistas com o entrevistado B1, disponíveis em <i>websites</i> com foco em gestão de organizações de saúde e e-mail enviado pelo entrevistado B1, após a realização da entrevista, com informações adicionais.
C	Relatórios de Atividades do hospital (anos 2016/2017, 2015/2016, 2015 e anteriores), Manual de Procedimentos Padronizados para Contratação de Bens, Serviços e Obras do hospital, 1ª Edição – 2017, apresentação sobre estrutura organizacional e papéis e responsabilidades da Diretoria de Suprimentos e Logística do hospital, incluindo o mapeamento dos processos de gestão e desdobramento de atividades das áreas de Suprimentos e Logística do hospital, dados obtidos do sistema de informações gerenciais da instituição durante a realização das visitas e informações adicionais obtidas no <i>website</i> da instituição.
D	Relatórios de Gestão do hospital – ano 2017, Relatório de Atividades do hospital (anos 2016, 2015, 2014 e anteriores), dados obtidos do sistema de informações gerenciais da instituição durante a realização das visitas, informações obtidas no <i>website</i> do hospital, vídeos e entrevistas com diretores superintendentes do hospital, disponíveis em canal de vídeos mantido pela instituição em www.youtube.com e informações diversas sobre o hospital disponíveis em <i>websites</i> da internet.

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 4.5 – Indicação das fontes adicionais de evidências utilizadas no estudo de casos

O conjunto de informações provenientes das entrevistas e das fontes adicionais de evidências foram sintetizados e são apresentados no próximo tópico.

4.4 Relatório dos casos

O relatório dos casos está organizado em cinco tópicos, indicados no Quadro 4.6.

Tópicos	Comentários
1. Importância estratégica, infraestrutura e capacitações <ul style="list-style-type: none"> • Descrição da atuação estratégica da área de compras, suporte da alta administração e infraestrutura geral e de TI, com base no construto 1 do <i>framework</i>; • Enfoque das capacitações dos profissionais da área de compras, com base no construto 2 do <i>framework</i>. 	Abordagem das práticas de gestão adotadas, apoiando na confirmação empírica dos construtos 1 e 2 do <i>framework</i> e para encontrar respostas às questões de pesquisa 1 e 2 do estudo de casos.
2. Processos para gestão de relacionamento com fornecedores – verificação e descrição dos processos utilizados na organização hospitalar.	Descrição dos processos de gestão utilizados, apoiando na confirmação empírica do construto 3 do <i>framework</i> e para responder à questão de pesquisa 3 do estudo de casos.
3. Estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores adotadas na organização hospitalar.	Descrição das estratégias, com exemplos reais de implementação, auxiliando a responder à questão de pesquisa 3 do estudo de casos.
4. Outros processos e práticas adotados para gestão de relacionamento com fornecedores.	Relato de processos não mencionados no <i>framework</i> ou de práticas de gestão relevantes não relacionadas a tópicos do <i>framework</i> , indicando possíveis contribuições para aprimoramento do <i>framework</i> e para responder à questão de pesquisa 3 do estudo de casos.
5. Dificuldades enfrentadas e benefícios obtidos com a gestão de relacionamento com fornecedores.	Relato de dificuldades, ajudando a responder à questão de pesquisa 4 do estudo de casos.

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 4.6 – Organização do relatório do estudo de casos

Efetua-se uma breve apresentação das principais características de cada organização hospitalar, antes de iniciar a abordagem dos tópicos mencionados.

Estudo de caso A

4.4.1 Estudo de caso A – Hospital de ensino universitário administrado por instituição filantrópica sem fins lucrativos (Hospital A)

A organização hospitalar focada no estudo de caso A é um hospital geral de alta complexidade com 627 leitos localizado em São Paulo – SP, que se constitui em hospital de ensino universitário, recebendo alunos dos cursos de graduação em medicina e em enfermagem, alunos de pós-graduação dos programas de mestrado, doutorado e de especialização em áreas de medicina e saúde, alunos dos programas de residência médica e multiprofissional e alunos de outros cursos nas áreas médicas.

O Hospital A é a principal unidade de um complexo hospitalar mantido por uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, dedicado a prestação de cuidados de saúde, ensino e pesquisa nas áreas médicas, que inclui unidades de diagnóstico médico e de ensino, com os diversos cursos de graduação, pós-graduação e atualização anteriormente mencionados.

Inaugurado em 1971, o Hospital A cresceu de forma consistente e é considerado, há vários anos, como referência em excelência na gestão hospitalar e na prestação de cuidados de saúde, no Brasil e na América Latina. Como exemplo deste reconhecimento, a última versão do *ranking* dos melhores hospitais da América Latina publicado em 2017 por uma revista latina, aponta o Hospital A como o primeiro colocado, posição alcançada pelo oitavo ano consecutivo. O Hospital A possui mais de uma dezena de certificações e creditações por órgãos internacionais da área de saúde.

A administração do Hospital A é conduzida por uma diretoria que mescla médicos renomados com executivos experientes, oriundos de empresas líderes em segmentos competitivos da economia, que tornaram a utilização de conceitos contemporâneos de gestão, como gestão de processos, melhoria contínua, medição de desempenho, redução de desperdícios, gerenciamento de projetos e gestão da inovação, em práticas rotineiras na instituição. Desta forma, o Hospital A tende a ser pioneiro na adoção de novas técnicas de gestão nas áreas administrativas e operacionais, tornando-se um *benchmarking* no setor hospitalar.

A gestão de compras é um exemplo. Evidências indicam que no início dos anos 2000, quando começavam a se disseminar no mercado brasileiro os conceitos de *strategic sourcing*, que o Hospital A foi uma das organizações precursoras na implantação desta técnica. Para suportar o crescimento e a melhoria no desempenho das operações da organização hospitalar,

o gerenciamento de compras vem amadurecendo e evoluindo. Recentemente, o principal foco da área direcionou-se à gestão de relacionamento com fornecedores.

4.4.1.1 Importância estratégica, infraestrutura e capacitações dos profissionais da área de compras do Hospital A

Descreve-se neste tópico as constatações relacionadas aos construtos 1 e 2 do *framework*, incluindo aspectos da estrutura organizacional, infraestrutura geral e de tecnologia de informação, atuação estratégica, integração e colaboração com fornecedores, formação e capacitação dos profissionais e responsabilidades da área de compras. Conclui-se com uma síntese do processo de evolução da gestão de compras no Hospital A, desde 2001 até os dias atuais.

a. Estrutura organizacional e infraestrutura da área de compras

A administração do Hospital A é conduzida por uma diretoria executiva, liderada por um Diretor Geral, que se reporta ao Presidente da instituição. A diretoria executiva é constituída pelo Diretor Geral e por 15 diretores responsáveis pelas áreas de Finanças; Suprimentos e Logística; Tecnologia de Informação; Comercial e Marketing; Recursos Humanos; Desenvolvimento de Projetos e Consultoria; Inovação e Gestão do Conhecimento; Instituto de Responsabilidade Social; Ensino; Medicina Diagnóstica; Pesquisa; Superintendência do Hospital A; Prática Assistencial, Qualidade, Segurança e Meio Ambiente; Engenharia e Manutenção; Auditoria, Gestão de Riscos e *Compliance*; e Oncologia.

A gestão de compras e de logística no Hospital A é realizada pela diretoria executiva de Suprimentos e Logística, que também atende as unidades de ensino e diagnóstico do complexo hospitalar. O dispêndio total em compras realizado na instituição foi de aproximadamente R\$ 992 milhões em 2014, R\$ 996 milhões em 2015 e R\$ 1,1 bilhões em 2016.

A diretoria de Suprimentos e Logística é dividida em quatro departamentos: Compras de Serviços, Compras de Materiais, Planejamento e Logística e Gestão Estratégica de Fornecedores. Cada departamento possui um gestor responsável, que se reporta diretamente ao Diretor Executivo de Suprimentos e Logística.

Em junho de 2017, havia um quadro total de 106 funcionários na área, distribuídos entre os departamentos conforme indicado no Quadro 4.6. A responsabilidade pela operação e controle dos almoxarifados de materiais justifica o maior contingente de funcionários alocados no departamento de Planejamento e Logística.

Departamento	Quantidade de funcionários
Planejamento e Logística	62
Compras de Materiais	27
Compras de Serviços	13
Gestão Estratégica de Fornecedores	4
Total – Diretoria de Suprimentos e Logística	106

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de dados obtidos nas entrevistas

Quadro 4.6 – Distribuição de funcionários na diretoria de Suprimentos e Logística do Hospital A

Os funcionários da diretoria de Suprimentos e Logística trabalham em um edifício administrativo localizado em um importante centro comercial e financeiro da cidade de São Paulo. Quando necessário, deslocam-se às dependências do Hospital A, localizado em outro bairro da cidade. Apenas os funcionários responsáveis pela operação dos almoxarifados de materiais médico-hospitalares atuam nas instalações do hospital. A localização privilegiada do edifício administrativo, nas proximidades de uma estação de metrô e de importantes vias de acesso da capital paulista, facilita contatos com fornecedores e o acesso dos funcionários.

As instalações da diretoria de Suprimentos e Logística são modernas e funcionais. Verificou-se que o arranjo físico adotado nos escritórios facilita a comunicação entre as áreas da organização. A infraestrutura de tecnologia de informação é considerada adequada pelos entrevistados. A organização utiliza o sistema ERP fornecido pela empresa SAP, que facilita a integração organizacional e simplifica os processos administrativos e financeiros.

b. Participação do principal gestor de compras na alta administração da organização hospitalar

Ocupando o cargo de Diretor Executivo de Suprimentos e Logística, o principal gestor de compras do Hospital A reporta-se diretamente ao Diretor Geral e é um dos membros da diretoria executiva da organização hospitalar, conforme abordado anteriormente.

O Diretor Executivo de Suprimentos e Logística, a seguir denominado como entrevistado A1, iniciou sua carreira profissional no setor industrial, atuando por vários anos em empresas nacionais e multinacionais fabricantes de equipamentos eletroeletrônicos e de computadores. Em 1999, após dezessete anos de atuação em uma empresa nacional líder na

fabricação de computadores, onde dirigia a área de manufatura, decidiu migrar para o setor de serviços, para liderar a área de Engenharia e Manutenção do Hospital A. Foi um dos pioneiros no processo de profissionalização da área hospitalar, que se iniciava naquela época. Primeiramente, com sua vivência na área de engenharia, auxiliou na adequação da infraestrutura do Hospital A para atendimento às normas internacionais, viabilizando que a instituição fosse o primeiro hospital brasileiro a obter acreditação pela Joint Commission International. No ano de 2001, foi-lhe atribuído o desafio de estruturar a área de compras do Hospital A.

A entrevista realizada com o entrevistado A1, que possui longo tempo de experiência como membro do círculo restrito de executivos responsáveis pela administração de uma instituição hospitalar considerada no país como referência em excelência na gestão hospitalar e na prestação de cuidados de saúde, auxiliou no entendimento das relações estabelecidas entre a alta administração da organização hospitalar e a área de compras, bem como sobre o papel exercido pelo principal gestor de compras na diretoria executiva de uma organização hospitalar.

Em linhas gerais, a alta administração do Hospital A estabelece uma meta de redução de custos a ser atingida pela área de compras. As estratégias a serem adotadas e os projetos a serem implementados para que a meta seja alcançada não são estabelecidos de forma *top down*. Cumprindo ao diretor da área de compras analisar o contexto existente na organização, determinar os métodos a serem adotados para a gestão de compras, propor projetos e realizar estudos para demonstrar a viabilidade dos mesmos e implantar as ações decorrentes para atingir as metas estabelecidas.

A participação do principal gestor de compras como membro da alta administração da instituição permite o envolvimento com as questões estratégicas, com os maiores desafios e problemas enfrentados e possibilita uma ampla compreensão do contexto vivenciado pela organização hospitalar. Os conhecimentos em gestão da cadeia de suprimentos e o domínio de técnicas para o gerenciamento de compras, facilitam a identificação pelo diretor de compras de métodos de gestão e das iniciativas que devem ser implementadas naquele contexto específico existente na organização, para que a área de compras traga contribuições relevantes para tornar a organização hospitalar mais eficiente, mais competitiva e alcançar seus objetivos estratégicos.

O entrevistado A1 reconhece que não é usual a participação do principal gestor da área de compras na direção executiva de organizações hospitalares. Afirma que, geralmente, compras é considerada uma função de suporte, que recebe pouco destaque e não é valorizada em muitos hospitais. Ressalta que a área de compras está presente em todos os movimentos nas organizações hospitalares e que a participação dos profissionais da área torna-se essencial para que as coisas aconteçam. Enfatiza que os hospitais precisam dar maior atenção à função

compras e defende que o principal gestor da área ocupe uma cadeira na alta administração da organização hospitalar.

c. Formação acadêmica e capacitação dos profissionais de compras do Hospital A

Para adequado desempenho das atribuições na área, há preocupação com a capacitação técnica dos funcionários. No processo de recrutamento, o setor de Recursos Humanos adota critérios para assegurar que os candidatos tenham formação acadêmica adequada às atividades que irão desenvolver, conforme requisitos definidos na descrição de cargo. Como exemplo, formação superior é um requisito básico para a função de analista no departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores, preferencialmente em áreas relacionadas com administração de empresas, e os funcionários são orientados a ampliar seus conhecimentos em gestão de compras e gestão da cadeia de suprimentos, através da realização de cursos de pós-graduação ou de extensão.

Seguindo políticas da instituição, são oferecidas algumas bolsas de estudos para apoiar os funcionários na realização de cursos de graduação e pós-graduação, quando relacionados ao trabalho e recomendados pelos gestores das áreas.

Conforme apontado pelo coordenador de Gestão Estratégica de Fornecedores, a seguir denominado entrevistado A2, o criterioso processo de contratação de colaboradores e o prestígio do Hospital A no mercado contribuem para aumentar a empregabilidade de ex-funcionários da área de compras, que são bastante valorizados por hospitais concorrentes.

O entrevistado A1 indicou que na maior parte dos hospitais no Brasil, a gestão de compras é conduzida por uma pessoa de confiança da alta administração, que já atuava anteriormente na organização e que por ter uma boa leitura das diretrizes do hospital, acabou sendo promovido para dirigir o setor de compras. Afirmou que é raro encontrar em organizações hospitalares, executivos oriundos da área de gestão da cadeia de suprimentos e que tenham experiência em gestão de compras.

Na opinião do entrevistado A1, a carência de conhecimentos em gestão da cadeia de suprimentos e de especialização em gestão de compras por parte de profissionais que dirigem a área de compras de muitos hospitais, contribui para que haja defasagem entre as práticas de gestão de compras adotadas nestas instituições, com relação às organizações de outros setores da economia.

De acordo com o entrevistado A1, a capacitação em habilidades *soft* é um aspecto muito importante, sempre avaliado por ele na contratação de funcionários para sua equipe.

d. Integração interna e externa, colaboração com fornecedores e atuação estratégica

De forma consistente com a revisão de literatura, o entrevistado A1 ressalta a importância da integração interna e externa e da colaboração com fornecedores nas organizações hospitalares, que são facilitadas pelo domínio de habilidades *soft* pelos gestores e demais profissionais que atuam na área de compras. Exemplificando, indica algumas atitudes que devem ser adotadas pelos gestores de compras: não podem se acomodar com tarefas rotineiras e com foco restrito, precisam olhar de modo abrangente, para identificar onde sua atuação pode causar impacto, assim como devem adotar postura colaborativa, voltada para desenvolver alianças internas e com fornecedores, sem adotar comportamento predatório.

Enfatiza que há necessidade de se compreender que a área de compras tem um impacto muito grande no setor hospitalar e que alguns negócios só dão certo devido à proximidade e envolvimento dos profissionais de compras. Conforme palavras do entrevistado A1, quando não é permitida a efetiva participação da área de compras na gestão do hospital, ou quando os gestores de compras não estão propensos a ajudar, ou não querem participar ativamente da gestão, reduz-se sensivelmente a probabilidade de sucesso de uma organização hospitalar.

e. Escopo de atuação e responsabilidades da diretoria de Suprimentos e Logística

De acordo com o Manual de Fornecedores da instituição, a diretoria de Suprimentos e Logística tem como missão “gerar resultados por meio de aquisições de bens e serviços através de parceiros idôneos, com a melhor relação custo-benefício, o menor risco, dentro dos prazos e qualidade esperados”. Conforme anteriormente mencionado, a diretoria é composta por quatro departamentos: Compras de Serviços, Compras de Materiais, Planejamento e Logística e Gestão Estratégica de Fornecedores.

O departamento de Compras de Serviços realiza a contratação de todos os serviços necessários às operações do complexo hospitalar, os quais são classificados nas seguintes carteiras: serviços médicos, de engenharia clínica, de tecnologia de informação, de manutenção, de obras, de marketing e eventos, de recursos humanos, de comunicações, de *facilities* e administrativos. Os materiais são classificados nas carteiras de materiais médicos, medicamentos, materiais médicos consignados, materiais não-produtivos e alimentos, sendo adquiridos pelo departamento de Compras de Materiais. A formalização das compras ocorre pela emissão de um pedido de compra avulso (compra *spot*) ou pela assinatura de um contrato de fornecimento. O prazo médio para aquisição de itens padronizados, medido entre o recebimento de uma solicitação de compra e a emissão da autorização para fornecimento, varia de 48 a 72 horas.

As principais responsabilidades do departamento de Planejamento e Logística são planejamento de demanda e gestão das unidades de estoque do complexo hospitalar.

O departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores apoia os outros três departamentos e tem como principais responsabilidades: cadastrar, qualificar e homologar fornecedores, avaliar e medir o desempenho de fornecedores, acompanhar o atendimento de requisitos contratuais pelos fornecedores, gerenciar ocorrências de não-conformidades de fornecedores, desenvolver fornecedores e gerenciar riscos na cadeia de suprimentos.

f. Breve descrição do processo de evolução da gestão de compras no Hospital A

Os métodos de gestão de compras implantados pelo entrevistado A1 são reconhecidos, nos dias atuais, como referência dentre as instituições hospitalares brasileiras. Ao longo deste período, a gestão de compras no Hospital A passou por um sólido processo de evolução, que pode ser dividido em três fases distintas.

A primeira etapa durou aproximadamente três anos e foi iniciada com um diagnóstico sobre como estavam organizadas as aquisições do hospital. A gestão anterior era conduzida por uma pessoa de confiança da alta administração, proveniente de outra área da instituição, sem experiência em gestão de compras. O procedimento existente na área resumia-se a obter três cotações, para tudo que fosse adquirido. Concluiu-se que não havia um ambiente propício para revisão de processos e houve necessidade de começar com a implantação dos processos básicos para gestão de compras. Assim, inicialmente foi necessário segmentar e categorizar todos os dispêndios do hospital, separar as compras de materiais diretos dos indiretos, separar as despesas de *Capex*¹⁸ e de *Opex*¹⁹, dentre outras atividades.

Seguiu-se com a realização de uma análise detalhada dos dispêndios, construção de curvas ABC de materiais e serviços, determinação de criticidade e elaboração da curva XYZ²⁰ de materiais e verificação de volumes dos itens adquiridos e das notas fiscais recebidas, levando-se a identificar que em torno de 10% das notas fiscais correspondiam a

¹⁸ *Capex* é a abreviação de *Capital expenditures*, que são as despesas relativas a investimentos de capital realizadas em uma organização, como por exemplo, na compra de bens e equipamentos.

¹⁹ *Opex* é a abreviação de *Operational expenditures*, que são as despesas operacionais realizadas em uma organização.

²⁰ Curva XYZ classifica os materiais conforme o grau de criticidade ou imprescindibilidade para o processo produtivo: itens da classe Z são de alta criticidade, imprescindíveis e insubstituíveis, cuja falta coloca em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio; itens da classe Y são de média criticidade, que podem ser substituídos por similares com relativa facilidade; e itens de classe X são de baixa criticidade, cuja falta não prejudica o processo e não traz riscos, podem ser substituídos com facilidade e não há dificuldade de obtenção no mercado (LOURENÇO; CASTILHO, 2007; DUARTE et al., 2015).

aproximadamente 80% dos gastos. Criou-se uma política de compra e foram implantados procedimentos para operacionalizar as aquisições.

Em meados de 2004 foi iniciada a segunda etapa, em que ocorreu a implementação da metodologia *strategic sourcing*. Com base em Kraljic (1983) foi construída a matriz de segmentação de compras, com a classificação dos itens comprados em estratégicos, críticos, alavancados e não-críticos. Na sequência, foi realizada a segmentação de fornecedores e implementadas as estratégias iniciais para gestão de fornecedores. A padronização de medicamentos e de materiais médico-hospitalares foi uma das mais importantes atividades realizadas nesta etapa. Para isso, houve necessidade de negociar com o corpo clínico, de desenvolver um ambiente adequado para realizar discussões com cada uma das especialidades médicas e criar comitês para padronização de medicamentos e de materiais.

A terceira etapa foi iniciada com a revisão da estrutura organizacional da diretoria e a criação, em novembro de 2011, do departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores. A responsabilidade pela gestão deste novo departamento foi atribuída ao entrevistado A2, Coordenador de Gestão Estratégica de Fornecedores, que possui graduação em administração, especialização em administração hospitalar e mestrado profissional em governança corporativa.

Conforme o entrevistado A2, no início, a atividade principal do departamento foi atualizar e padronizar os cadastros de fornecedores. Concluídas estas atividades, o foco dirigiu-se para reduzir a base de fornecedores e o número de *SKUs*²¹. Em 2014, a base de fornecedores foi reduzida de quinze mil para três mil fornecedores. Em paralelo, passou-se a dar maior ênfase às atividades de avaliação e desenvolvimento de fornecedores, com o incremento na realização de visitas técnicas aos mesmos.

A realização de *benchmarking* pelos gestores de compras a empresas de outros setores, como Embraer, Ford, Ambev, Sodexo e Bradesco, contribuiu para a definição de novos rumos para a área. A partir de 2016, passou-se a verificar o comportamento dos fornecedores em questões de sustentabilidade e, mais recentemente, o foco passou a se concentrar em estreitar os relacionamentos com fornecedores.

Na opinião do entrevistado A1, o sucesso dos esforços de consolidação da base de fornecimento e da redução da variabilidade dos itens comprados auxiliou a criar um ambiente favorável para aprimorar a gestão de relacionamento com fornecedores, com ênfase em aprofundar os relacionamentos com fornecedores estratégicos, movimento iniciado recentemente e que se constitui no principal foco da diretoria nos dias atuais.

²¹ *Stock keeping unit (SKU)*, em português, unidade de manutenção de estoque, designa os diferentes itens mantidos em estoque.

O Quadro 4.7, resume as principais etapas do processo de evolução da gestão de compras que ocorreu no Hospital A.

Etapas	Principais atividades realizadas
Etapa 1 – Organização e estabelecimento de políticas e procedimentos para a área de compras	Análise de dispêndios Segmentação e categorização dos gastos Construção de curvas ABC e XYZ de materiais Desenvolvimento de política de compras Implantação de procedimentos para compras
Etapa 2 – Padronização de itens e implantação de <i>strategic sourcing</i>	Padronização de materiais e medicamentos Construção da matriz de segmentação de compras Segmentação de fornecedores Implantação de estratégias para gestão de fornecedores
Etapa 3 – Aprimoramento da gestão de relacionamento com fornecedores	Implantação do departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores Redução do número de <i>SKUs</i> Redução da base de fornecedores Implantação de iniciativas para aprofundar relacionamentos com fornecedores estratégicos

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de dados obtidos nas entrevistas

Quadro 4.7 – Resumo das etapas do processo de evolução na gestão de compras no Hospital A

Conforme comentários do entrevistado A2, o Hospital A é considerado como *benchmarking* em gestão de relacionamento com fornecedores e em gestão estratégica de compras na área hospitalar. Recebe visitas de gestores de compras e suprimentos de hospitais privados e públicos, que vão até lá para conhecer as práticas de gestão adotadas, que também servem como referência para o grupo de gestores de compras e suprimentos da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHF), da qual o Hospital A é associado e em cujas reuniões o entrevistado A2 participa regularmente, mantendo contatos frequentes com gestores de compras de outros hospitais de grande porte.

O entrevistado A2 informou que na semana anterior à data em que foi realizada a entrevista, ele havia recebido a visita de uma gestora da área de compras do Hospital B, para fazer um *benchmarking* e obter informações sobre a estrutura e os processos utilizados para gestão estratégica de fornecedores no Hospital A.

4.4.1.2 Processos para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

Identificados com base no construto 3 do *framework*, são descritos os processos para gestão de relacionamentos com fornecedores, com alguns exemplos de aplicações práticas.

a. Estabelecimento de estratégia e política para gestão de compras no Hospital A

Conforme anteriormente abordado, a definição das políticas e a determinação de procedimentos para a área de compras foram realizadas no período de 2001 a 2004, quando ocorreu a profissionalização da gestão de compras na organização. Posteriormente, houve a adequação das políticas e procedimentos de compras para a implementação de técnicas de *strategic sourcing*. As estratégias de gestão de compras foram evoluindo com o decorrer dos anos, para suportar o crescimento e a melhoria de desempenho do hospital. Recentemente, a estratégia principal direcionou-se para aprimorar a gestão de relacionamento com fornecedores.

b. Padronização de materiais e medicamentos no Hospital A

Conforme relato do entrevistado A1, inicialmente foi necessário estabelecer um clima propício ao diálogo com os médicos e demais profissionais de saúde da instituição, viabilizando a criação de comitês para padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares, efetuada no período em que ocorreu a implementação de *strategic sourcing*. O domínio de habilidades *soft* pelos profissionais de compras facilita o estabelecimento destes relacionamentos. Enfrentou-se maior dificuldade na padronização dos materiais médico-hospitalares do que na padronização de medicamentos. A existência de maiores evidências científicas, baseadas nas análises de eficiência de fármacos e nas publicações de periódicos científicos, auxiliou na padronização de medicamentos.

A padronização de materiais foi mais complexa, devido à escassez de evidências sobre a efetividade de uso de materiais, às frequentes mudanças tecnológicas na área e à pulverização do mercado fornecedor de materiais médico-hospitalares, que é dominado pelos distribuidores. O fato do Hospital A possuir um corpo clínico aberto tornou as atividades de padronização ainda mais complexas. Na visão do entrevistado A, os trabalhos de padronização de materiais médico-hospitalares e medicamentos tendem a ser menos complexos em organizações hospitalares com corpo médico fechado, como é o caso de hospitais universitários públicos.

Comitês de padronização continuam em operação e são responsáveis pela padronização de itens de preferência médica, como implantes ortopédicos e *stents* cardíacos, que são denominados como OPME (órteses, próteses e materiais especiais) no Hospital A e nos demais hospitais universitários estudados.

Segundo o entrevistado A2, os médicos cirurgiões que realizam cirurgias no Hospital A somente utilizam os OPME padronizados na instituição. Caso haja alguma necessidade especial, que requeira um item diferente do padrão, o cirurgião necessita encaminhar previamente uma solicitação, que deverá ser analisada pelo comitê de padronização. Caso autorizada, a compra do item será efetuada pela área de compras, para posterior uso na cirurgia.

O entrevistado A1 narrou uma história de sucesso relacionada com a padronização de OPME, que está relatada no tópico 4.4.1.3, item a (página 226).

c. Avaliação e aquisição de novas tecnologias médicas no Hospital A

Um comitê multidisciplinar tem a responsabilidade de realizar a avaliação técnica e econômico-financeira para a aquisição de novos itens (materiais ou serviços), equipamentos e tecnologias médicas. Participam do comitê: médicos de diversas especialidades, enfermeiros de várias áreas e profissionais das áreas de Suprimentos e Logística, Finanças e Comercial. Normalmente, as solicitações de novas aquisições são encaminhadas ao comitê através do preenchimento de um formulário padrão, contendo as justificativas do solicitante sobre a necessidade de compra e os resultados e benefícios esperados.

Utilizando-se de princípios da medicina baseada em evidências, realiza-se a avaliação técnica e, caso aprovado tecnicamente, são verificados aspectos financeiros relativos a disponibilidade de recursos, questões comerciais relacionados com as fontes pagadoras, como coberturas da utilização em contratos já existentes ou necessidade de negociar novos contratos, as questões relativas a área de compras, incluindo dificuldade de obtenção, requisitos de armazenagem etc. Após concluída a análise de valor, o comitê toma a decisão sobre a aquisição.

Conforme comentários do entrevistado A2, o Hospital A investe constantemente na aquisição de novas tecnologias médicas. Foi o primeiro hospital no país a adquirir um tomógrafo 4k, recebeu recentemente dois robôs Da Vinci série S, versão mais robusta da linha, utilizada em cirurgias minimamente invasivas e dispõe do sistema de radiocirurgia Gamma Knife, que trata lesões do cérebro sem realizar incisão. Normalmente, os contratos firmados com fornecedores de equipamentos médicos de alta tecnologia incluem as atualizações de *softwares* que ocorrerem durante o período de garantia, permitindo a plena utilização de novos recursos que venham a ser incorporados nestes equipamentos.

Segundo o entrevistado A2, devido a reputação do hospital na prestação de cuidados de saúde e de manter-se permanentemente atualizado com novas tecnologias médicas, os fornecedores sempre procuram a instituição para apresentar novidades e inovações.

d. Segmentação de materiais, serviços e fornecedores no Hospital A

A segmentação de materiais e serviços é realizada seguindo os critérios propostos por Kraljic (1983). Todos os itens (materiais e serviços) adquiridos pelo hospital são classificados por meio da avaliação do volume financeiro dispendido em sua aquisição e da complexidade do item, que leva em conta a criticidade e dificuldade de obtenção. A criticidade é avaliada conforme a importância do item para o hospital e a análise da dificuldade de obtenção considera aspectos como a quantidade de fornecedores disponíveis e se o item é produzido no país ou é importado do exterior. A classificação do item na curva XYZ auxilia na avaliação da criticidade. Decorrente desta avaliação, os itens comprados são classificados nas categorias estratégicos, críticos, alavancados e não-críticos.

Durante a etapa de implementação de *strategic sourcing*, cada material ou serviço utilizado na instituição foi classificado conforme tais critérios e a informação sobre sua classificação foi devidamente registrada no sistema ERP da organização. Quando ocorre o cadastramento de novos materiais ou serviços, é realizada a avaliação da criticidade e da dificuldade de obtenção e a classificação atribuída é cadastrada no sistema ERP. Como rotina, anualmente efetua-se uma revisão da classificação dos materiais e serviços adquiridos no hospital.

Os fornecedores são segmentados nas mesmas categorias utilizadas para materiais e serviços: fornecedores estratégicos, críticos, alavancados e não-críticos. A classificação inicial foi realizada durante as etapas de implementação de *strategic sourcing* e, como rotina de trabalho, a cada seis meses ocorre uma revisão nesta classificação de fornecedores, apoiada por uma planilha que lista os dispêndios financeiros realizados com fornecedores no semestre que se encerrou.

e. Definição de estratégias para gerir relacionamentos com fornecedores no Hospital A

A definição das estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores deriva da estratégia competitiva adotada pela organização hospitalar. A participação do diretor da área de compras na alta administração da instituição possibilita uma compreensão aprofundada dos objetivos estratégicos da instituição e facilita sua conexão com as estratégias para gerenciar as relações com fornecedores. Desta forma, no contexto atual da organização, busca-se adotar estratégias para gerir relações com fornecedores que contribuam para reduzir custos, reduzir riscos e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

Consequentemente, estabeleceu-se como prioridade aprofundar relacionamentos com os fornecedores mais importantes para a instituição, que correspondem a diversos fornecedores

estratégicos e alguns fornecedores críticos. A maior proximidade com fornecedores estratégicos aumenta a integração e o nível de colaboração, ajudando a tornar os processos mais céleres e eficientes. Reduzir riscos é principal motivação para buscar proximidade com fornecedores classificados como críticos.

A classificação na classe A da curva ABC de dispêndios em compras é um parâmetro adicional adotado para auxiliar na priorização de fornecedores estratégicos para estreitamento de relacionamentos. Pertencer à classe A indica que ocorre um dispêndio financeiro significativo nas compras com o fornecedor.

A visão de futuro, em relação ao potencial de benefícios mútuos que podem ser obtidos pela aproximação com o fornecedor, é o principal direcionador para a escolha dos fornecedores com os quais se deseja estreitar as relações. Em alguns casos, tem-se o potencial de consolidar volumes e negociar melhor, para redução de custos. Em outros, pode-se ter uma melhor prestação de serviços, com a aproximação e esforços para desenvolvimento do fornecedor.

Devido à escassez de recursos e necessidade de priorizar questões de maior importância, não se estabelecem relações de proximidade com fornecedores não-críticos e com a maioria dos fornecedores classificados nas categorias B e C da curva ABC.

No tópico 4.4.1.3 (páginas 225 a 230) são descritas as principais estratégias utilizadas no Hospital A para gerir as relações com os fornecedores estratégicos, críticos, alavancados e não críticos, com exemplos reais de implementação das estratégias na organização hospitalar.

f. Seleção de fornecedores no Hospital A

Para selecionar fornecedores é efetuada uma avaliação das capacidades e qualificações do fornecedor. Para cada categoria de fornecedor existem requisitos específicos que devem ser atendidos. A avaliação é efetuada pelo departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores, que estabelece contatos com o fornecedor para informar os requisitos e receber os documentos pertinentes. Se todas as exigências forem atendidas, o fornecedor é considerado qualificado, sendo realizado seu cadastramento no sistema ERP e sua homologação para fornecimento.

Em caso de não atendimento de algum requisito, o fornecedor é orientado sobre ações a serem tomadas para adequação. Tem-se como norma no departamento não deixar nenhum fornecedor sem resposta. O entrevistado A2, gestor responsável pela seleção de fornecedores, afirma que os requisitos para homologação de fornecedores no Hospital A são bastante rigorosos, de modo que ele acredita que o fornecedor que estiver apto para atendê-los, terá condições de fornecer para qualquer unidade de saúde no Brasil. Desta forma, o gestor entende

que as informações concedidas ao fornecedor nesta etapa apoiam seu desenvolvimento, ajudando a capacitá-lo para atender à todo o mercado hospitalar.

Em casos especiais, como para selecionar fornecedores para prestação de serviços de alta criticidade, são realizadas visitas técnicas às instalações do fornecedor ou a outros hospitais ou organizações, para os quais o fornecedor preste serviços.

As informações provenientes do Grupo de Avaliação e Qualificação de Fornecedores (GAFO) também são utilizadas no processo de seleção de fornecedores. O GAFO é um grupo formado por uma associação de hospitais, que tem como objetivo avaliar e qualificar fornecedores hospitalares. As avaliações do GAFO são efetuadas por uma equipe constituída por representantes dos vários hospitais que compõem a associação. O Hospital A é membro do GAFO e seus funcionários participam regularmente das auditorias em fornecedores.

Usualmente, na fase inicial de suprimento de um novo fornecedor de materiais médico-hospitalares, efetuam-se compras com volumes reduzidos de itens, com a finalidade de verificar o desempenho do fornecedor. Caso o fornecedor apresente desempenho satisfatório, o volume de produtos adquiridos tende a aumentar.

g. Contratação de fornecedores no Hospital A

A contratação de fornecedores é realizada pelos departamentos de Compras de Materiais e de Compras de Serviços, por meio da utilização de uma das seguintes formas de aquisição: solicitações de propostas de fornecimento e negociação, cotação de preços manual ou eletrônica e leilão reverso. Somente os fornecedores homologados são elegíveis para participar dos processos de aquisição. A formalização do acordo de fornecimento é efetuada através da emissão de pedido de compra, utilizado principalmente para compras avulsas, ou da assinatura de contrato de fornecimento.

Contratos de fornecimento geralmente são firmados por prazo de um ano com fornecedores de materiais e serviços. Os contratos de serviços usualmente possuem uma cláusula para prorrogação contratual pelo prazo adicional de um ano, totalizando dois anos de contrato. A prorrogação do contrato somente é realizada se o fornecedor apresentar bom desempenho durante o primeiro ano do contrato.

Os requisitos gerais a serem cumpridos pelos fornecedores são estabelecidos no Manual de Fornecedores da organização hospitalar e os requisitos específicos de cada material ou serviço são mencionados com clareza no pedido de compra ou no contrato de fornecimento.

h. Avaliação de desempenho de fornecedores no Hospital A

O desempenho do fornecedor é avaliado a cada entrega, de acordo com critérios específicos de cada categoria de compra de materiais e serviços. É atribuída uma pontuação para o fornecedor, conforme o desempenho nos fornecimentos, que varia de zero a 100 pontos. Para permanecer apto para fornecimento, o fornecedor necessita obter pontuação média superior a 70 pontos.

A avaliação de desempenho abrange a revalidação da documentação dos fornecedores, que é realizada anualmente. É obrigatório que o fornecedor entregue todos os documentos pertinentes a sua categoria, para que se mantenha apto para fornecer. Se faltar algum documento, o fornecedor fica com *status* “restrito”, com prazo máximo de 90 dias para regularizar a documentação. Caso não entregue os documentos neste prazo, o fornecedor passa para o *status* “bloqueado”, ficando inapto para fornecimento.

A ocorrência de não conformidades no fornecimento também pode resultar no bloqueio do fornecedor para novas compras. A ocorrência de não conformidades graves, como conduta não ética, pode derivar na atribuição do *status* “*blacklist*” que implica na exclusão do portfólio de fornecedores da organização.

Segundo informado pelo entrevistado A2, de modo complementar e preventivo, são realizadas visitas técnicas para avaliação de fornecedores que apresentem maior criticidade para as operações do hospital. Tais visitas de avaliação são efetuadas por uma equipe multidisciplinar do Hospital A, ou por uma equipe avaliadora do GAFO.

Conforme o entrevistado A2, a medição de desempenho de fornecedores ajuda a convencer e obter apoio do corpo clínico do hospital quando há necessidade de tomar medidas mais severas com fornecedores que apresentem desempenho deficiente ou conduta inadequada. Nestas situações, os gestores de compras apresentam aos médicos os indicadores que demonstram o desempenho inadequado, que ajuda os médicos a compreender a situação e a conceder suporte para sejam tomadas as ações necessárias com os fornecedores.

O Hospital A tem como política não emitir atestados de capacidade técnica para fornecedores. Uma única exceção aplica-se a esta regra: viabilizar a participação de fornecedores com excelente desempenho em licitações públicas que tenham como exigência a apresentação deste tipo de atestado. Neste caso específico, quando existe solicitação de algum fornecedor para emissão de atestado de capacidade técnica, ocorre uma criteriosa avaliação, que além de verificação da pontuação, envolve consulta aos usuários do produto ou serviço. Caso se comprove desempenho excelente do fornecedor, é feita a emissão do atestado, mencionando que o mesmo se destina exclusivamente para a participação do fornecedor

naquela licitação específica, com indicação do número do processo licitatório e da data de realização. Registros verificados no dia da entrevista indicaram que no primeiro semestre de 2017 houve a emissão de apenas dois atestados deste tipo.

O entrevistado A2 mencionou que estava em processo de desenvolvimento um plano para reconhecimento de fornecedores com desempenho diferenciado, vinculado ao sistema de avaliação de fornecedores. Ele acredita que o reconhecimento possa servir como estímulo para melhoria de desempenho geral dos fornecedores, gerando benefícios ao Hospital A, aos fornecedores e a todo o setor hospitalar.

Influenciar a melhoria de comportamento dos fornecedores em sustentabilidade é outro tema de interesse do Hospital A. Segundo o entrevistado A2, desde meados de 2016, o departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores começou a se preparar para abordar questões de sustentabilidade com fornecedores. Em junho de 2017, estavam em andamento estudos sobre possíveis adequações na estrutura organizacional do departamento e um projeto piloto com alguns fornecedores, cujos resultados seriam avaliados para decidir-se sobre como abordar o desempenho dos fornecedores em sustentabilidade.

i. Desenvolvimento de fornecedores no Hospital A

As ações para desenvolvimento de fornecedores surgem da necessidade de melhorar continuamente o desempenho em qualidade e custos, assim como para gerar inovações e oferecer novos serviços aos clientes do hospital. O processo de desenvolvimento de fornecedores é coordenado pelo departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores e a principal atividade para apoiar o desenvolvimento de alguns fornecedores selecionados é a realização de visitas técnicas com foco em avaliar os processos do fornecedor e indicar oportunidades de melhorias.

As visitas técnicas são efetuadas por uma equipe multidisciplinar do Hospital A, que avalia o atendimento de múltiplos aspectos pelo fornecedor. Conforme o entrevistado A2, considerando a especialização da equipe multidisciplinar, as recomendações apresentadas nas visitas equivalem a um serviço de consultoria, concedida de forma gratuita pelo Hospital A ao fornecedor. O escopo de avaliação das visitas técnicas abrange, além de questões técnicas, aspectos relacionados a riscos comerciais, riscos legais, riscos de imagem, atendimento de requisitos da legislação ambiental e aderência a princípios éticos e de sustentabilidade.

A equipe multidisciplinar que efetua visitas para desenvolvimento de fornecedores é constituída, no mínimo, por um membro do departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores, pelo comprador responsável pela aquisição do material ou serviço e por um

membro da área solicitante da compra. Usualmente, são convidados membros de outras áreas cuja avaliação seja considerada relevante, em cada situação específica. É comum o envolvimento de engenheiros da área de Engenharia Clínica e, quando pertinente, pode ocorrer a participação de médicos nas visitas.

Quando há necessidade de um melhor entendimento por parte do fornecedor sobre os processos de trabalho do hospital, como por exemplo, nos casos em que um fornecedor irá atuar dentro do centro cirúrgico, os funcionários do fornecedor são convidados para participar de um curso de boas práticas para fornecedores, ministrados por profissionais do Hospital A. Este curso também é recomendado para fornecedores que apresentaram não conformidades de fornecimento, para melhorar seu entendimento sobre o impacto que o produto ou serviço que fornecem pode causar nas operações do Hospital A.

j. Melhoria contínua no Hospital A

A medição sistemática de desempenho é um fator essencial para apoiar a melhoria contínua dos processos. Assim, buscou-se identificar os medidores de desempenho utilizados na diretoria de Suprimentos e Logística.

Constatou-se que os seguintes indicadores são utilizados para medição de desempenho na diretoria de Suprimentos e Logística do Hospital A: redução de custos, *savings* e *cost avoidance* nas compras, valor da compra, valor total comprado, percentual de compra de material e de serviços, prazo médio de pagamentos a fornecedores, quantidade de fornecedores ativos, desempenho dos fornecedores na entrega, nível de serviço dos estoques (referente a disponibilidade de materiais e medicamentos nos estoques), cobertura de estoque em dias, obsolescência de estoque, giro de estoque, acuracidade de inventário, número de SKUs transacionados, controle do orçamento, controle de consumo e controle de despesas.

Não há medidores de desempenho para mensurar o sucesso dos relacionamentos com fornecedores. O desempenho de fornecedores em aspectos de sustentabilidade também não é verificado nos indicadores existentes.

4.4.1.3 Detalhamento das estratégias utilizadas para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

A seguir são descritas as principais estratégias adotadas no Hospital A para gestão de relacionamento com os fornecedores estratégicos, alavancados, críticos e não-críticos, ilustradas com exemplos reais de aplicação, relatados pelos entrevistados.

a. Relacionamentos com fornecedores estratégicos no Hospital A

Conforme o entrevistado A1, a proximidade da área de compras com a equipe médica do hospital, que se consolidou pelo convívio nas atividades de padronização de materiais médico-hospitalares e de medicamentos, mostrou-se essencial para viabilizar a redução de base de fornecedores. A credibilidade conquistada pelos gestores de compras junto ao corpo médico da instituição facilitou as negociações para convencimento dos médicos sobre os benefícios da redução da quantidade de fornecedores, possibilitando a concentração de maior volume de aquisições com alguns fornecedores mais importantes e o estabelecimento de relacionamentos estratégicos com estes fornecedores.

A consolidação de volumes possibilitou realizar negociações diretamente com os fabricantes, reduzindo custos e colaborando para diferenciar o Hospital A em relação à maioria dos demais hospitais que operam no Brasil. Conforme o entrevistado A1, cada fabricante de material médico-hospitalar possui vários distribuidores, levando a maioria dos hospitais a negociar com diversos distribuidores de um mesmo fabricante, ou de vários fabricantes, a cada aquisição de materiais. Esta pulverização do mercado de materiais médico-hospitalares gera assimetria entre os preços praticados em diferentes hospitais e em diferentes regiões do país, contribuindo para aumento de custos e motivando questionamentos por parte das operadoras de planos de saúde, que adquirem serviços dos hospitais.

O entrevistado A1 relatou que, ao longo dos anos, sempre buscou desafiar o mercado para mudar o modelo de negócio vigente, para estabelecer relações mais transparentes com os fornecedores. Esta conduta é exemplificada em um trabalho conjunto realizado entre as áreas de compras e de ortopedia do Hospital A, com foco na redução de fornecedores de OPME utilizados nas cirurgias de coluna vertebral. As cirurgias de coluna foram classificadas em tipos (lombar, cervical e artrodese, um, dois e três níveis), foi realizado um levantamento para identificar os principais fabricantes de dispositivos implantáveis para tais cirurgias e os fornecedores foram desafiados para a instalação de protocolos, para desenvolverem procedimentos controlados para a realização destas cirurgias. Numa das ações definidas no trabalho, os pacientes com indicação para cirurgia de coluna passaram a ser avaliados por um médico fisiatra do hospital. Com a avaliação pelo fisiatra, foi possível evitar aproximadamente 70% das cirurgias de coluna. O trabalho ajudou a evidenciar que havia indicação excessiva de cirurgias de coluna. Adicionalmente, gerou uma publicação científica e trouxe reconhecimento internacional ao Hospital A. Em consequência, a quantidade de fornecedores de OPME para cirurgias de coluna foi reduzida de dezoito para seis fornecedores.

O entrevistado A1 indica que existe atualmente um movimento na área de saúde para que ocorra um atendimento protocolar dos pacientes. Assim, adotam-se iniciativas como o prontuário eletrônico, que auxilia o médico na identificação do tipo de patologia que o paciente sofre, quais os exames que já foram realizados, medicamentos prescritos e outros tópicos relacionados, facilitando o diagnóstico e o tratamento do paciente. Esta tendência foi seguida pela diretoria da área de compras do Hospital A, que passou a focar na negociação de acordos de fornecimento com fornecedores estratégicos, com base em protocolos de atendimento dos pacientes. Por exemplo, ao invés de negociar itens de uma cirurgia, passou-se a negociar a contratação de uma cirurgia “inteira” com o fornecedor, buscando estabelecer um “pacote”, um preço fechado incluindo todos os itens necessários para determinadas cirurgias.

Embora não seja possível estabelecer “pacotes” para todos os procedimentos cirúrgicos, é viável acordar alguns protocolos de conduta. Assim, caso durante a realização de uma cirurgia, verifica-se uma situação diferente daquilo que foi inicialmente diagnosticado, este procedimento cirúrgico é excluído do “pacote”. Como exemplo, estes protocolos passaram a ser utilizados em algumas cirurgias cardíacas, como de implantação de marca-passo e em procedimentos de angioplastia.

Outro tipo de iniciativa que passou a ser implementada com os fornecedores estratégicos é o compartilhamento de riscos e de benefícios provenientes da utilização de novos itens ou de novas tecnologias, como, por exemplo, na redução do tempo de permanência do paciente no hospital, decorrente da utilização de um novo medicamento.

As discussões destes tipos de iniciativas são restritas a um grupo seletivo de fornecedores, que incluem empresas como Johnson & Johnson, Medtronic, Boston Scientific e Biotronik, dentre outras. O entrevistado A1 indica que houve mudança nas posturas dos fornecedores, que se mostram mais abertos para ouvir e discutir modelos diferentes e inovadores de negócios.

Os relacionamentos mais próximos que passaram a ser estabelecidos com os fornecedores estratégicos possibilitaram a adoção de ações conjuntas para a educação continuada de médicos, enfermeiros e outros profissionais que atuam na instituição. Há conversações prévias entre a instituição e os fornecedores para determinar, consensualmente, quem será treinado. A tomada de decisão é baseada em critérios meritocráticos e transparentes.

Ocorrem, também, propostas de fornecedores estratégicos para a realização de investimentos conjuntos, como por exemplo, a instalação de novos equipamentos por conta do fornecedor, sem ônus para o hospital, com o pagamento do equipamento sendo realizado ao longo de um período acordado, através da realização de procedimentos utilizando-se o equipamento.

O compartilhamento de informações com os fornecedores estratégicos é uma prática também utilizada no Hospital A. Dessa forma, a instituição compartilha sua programação e informa dados de consumo para fornecedores selecionados. Em momentos de inovação, utilizando a abordagem de *Design Thinking*, o Hospital A abre o ambiente e permite acesso aos fornecedores estratégicos para identificação de gargalos e de dificuldades enfrentadas, para que possam contribuir com a proposição de alternativas existentes ou com o desenvolvimento de soluções inovadoras para atender às demandas existentes. Quando aplicável, ocorre o compartilhamento da propriedade intelectual, requerendo-se patentes conjuntas para soluções inovadoras desenvolvidas em associação com o fornecedor.

O entrevistado A1 considera que para a gestão de fornecedores estratégicos tem que ser adotados critérios bastante transparentes, para que haja aproximação e para que sejam gerados benefícios mútuos. Com a experiência, aprendeu a identificar algumas condutas de fornecedores que inviabilizam sua ascensão à categoria estratégica, como por exemplo, quando são iniciadas discussões visando o fechamento de um contrato corporativo e o fornecedor demonstra preocupação excessiva com o volume de compras que serão direcionadas para ele.

Com relação à quantidade de fornecedores estratégicos, em um hospital geral com a abrangência de atuação do Hospital A, o entrevistado A1 considera em torno de sessenta fornecedores como a quantidade ideal. Em meados de junho de 2017, havia aproximadamente trinta fornecedores estratégicos atendendo a instituição.

O fornecedor deve atender alguns requisitos básicos, para que seja elegível a participar da categoria estratégica, incluindo: condição financeira, visibilidade de mercado, atuação de mercado, *market share*, dependência do hospital em relação ao fornecedor e do fornecedor em relação ao hospital, dentre outros aspectos. Para que o fornecedor possa trazer contribuições efetivas à instituição hospitalar, ele precisa ter uma leitura adequada das reais necessidades do hospital. Assim, é muito importante que ocorra uma escolha criteriosa do fornecedor estratégico.

b. Relacionamentos com fornecedores alavancados no Hospital A

A categoria de fornecedores alavancados tem grande potencial para trazer reduções de custos e contribuir para aumentar a competitividade da instituição. Tem-se sempre foco na redução de custos totais de aquisição, ao invés de reduzir preços unitários dos itens comprados.

Um exemplo desta abordagem no Hospital A refere-se a gestão de relacionamento com fornecedores de serviços de limpeza, inclusos na categoria dos fornecedores alavancados. No processo de avaliação da capacitação técnica de fornecedores de serviços de limpeza são

realizadas visitas a outros hospitais de renome, em que o fornecedor realize a prestação de serviços, para verificar aspectos como: o tipo de atividade que o fornecedor realiza, os materiais, técnicas, equipamentos e tecnologias que são utilizados, a frequência em que a limpeza é executada e o nível geral de eficiência atingido pelo fornecedor na prestação dos serviços. A competição é estimulada entre os fornecedores alavancados. Dois fornecedores de serviços de limpeza atendem ao Hospital A e com cada um deles há um acordo de nível de serviço firmado. O desempenho é constantemente monitorado e quando existe uma nova oportunidade para prestação de serviços de limpeza, como uma nova área a ser implantada na instituição, busca-se privilegiar o fornecedor que obtenha o melhor desempenho na realização dos serviços.

Em geral, no Hospital A busca-se trabalhar com três fornecedores para cada item da categoria de alavancagem. A relação considerada ideal de participação dos fornecedores é de 70%, 20% e 10%. Busca-se estimular a concorrência e aumentar o volume de aquisições com o fornecedor mais competitivo. Em algumas situações, torna-se necessário atuar com apenas dois fornecedores em determinado item e, nesses casos, é usual iniciar-se com 50% de participação de cada fornecedor, para em seguida, aumentar a participação do fornecedor que apresentar melhor desempenho.

A experiência indica que a concentração excessiva de compras em determinado fornecedor alavancado pode gerar acomodação e perda de competitividade. Há foco em gerir o percentual de participação de cada fornecedor, em avaliar seu desempenho individual e em analisar as tendências de mercado. A competição entre os fornecedores alavancados é estimulada com transparência: eles são desafiados a reduzir custos e a atingir melhorias específicas de desempenho, oferecendo maior participação nas compras aos que trouxerem os melhores resultados.

Com relação ao nível de relacionamento pessoal estabelecido, no caso de fornecedores estratégicos o relacionamento é liderado pelo diretor executivo da área de compras. Alguns fornecedores de grande relevância chegam a estabelecer relações com a presidência do Hospital A. Já no caso de fornecedores alavancados, a maioria dos relacionamentos são administrados pelos gerentes, somente alguns chegam ao nível de diretoria.

c. Relacionamentos com fornecedores críticos e não-críticos no Hospital A

A existência de algum nível de dependência da organização hospitalar nos fornecedores críticos é o principal aspecto que caracteriza esta categoria de fornecedores. Neste caso, busca-

se sempre reduzir o nível de dependência, procurando desenvolver fornecedores alternativos ou encontrar opções para mover o fornecedor para outros quadrantes da matriz de segmentação.

Estando caracterizada a dependência em um fornecedor crítico, os gestores do Hospital A buscam reduzir custos transacionais e custos de estoque, com a transferência de alguns custos para o mesmo, como por exemplo, que o fornecedor coloque materiais em comodato e que realize a administração de estoque dos itens fornecidos.

Assim, conforme informado pelo entrevistado A2, há vários contratos com fornecedores líderes no mercado para consignação de itens críticos. Um dos maiores fornecedores globais mantém uma central de dispensação de itens críticos dentro das dependências do Hospital A. Como exemplo de consignação de OPME, o referido fornecedor mantém em consignação caixas de trauma com 220 itens em cada caixa, que contém a maioria dos itens que podem ser necessários em cirurgias de politraumatismo. O próprio fornecedor gerencia o estoque destes OPME: ao final da cirurgia, fatura para o hospital os itens utilizados, completa a caixa repondo os itens e a coloca novamente à disposição para futuras necessidades.

Segundo o entrevistado A1, em algumas situações, inevitavelmente, o fornecedor torna-se crítico. É o caso, por exemplo, da contratação de gases do ar, em que o fornecedor realiza investimentos em instalações físicas para armazenagem de gases; e de fornecedores de alguns *softwares*, como de um sistema ERP, que demanda uma série de customizações e que se torna essencial manter o sistema em operação de modo ininterrupto. Nestes dois casos, a substituição do fornecedor torna-se complexa e onerosa.

No ambiente hospitalar, o fornecimento de aventais cirúrgicos é considerado crítico. Após o estabelecimento de determinado padrão de aventais cirúrgicos, a padronização deve ser conservada, mantendo-se o mesmo fornecedor. Eventuais alterações de fornecedores geram mudanças nos padrões dos aventais, resultando em reclamações por parte da equipe cirúrgica. Embora nenhuma cirurgia deixe de ser executada por conta disto, o entrevistado A1 ressalta que substituições de fornecedores de aventais cirúrgicos devem ser bem ponderadas, pelo potencial de reclamações e críticas que podem causar.

Na gestão dos fornecedores não-críticos, devido à irrelevância dos valores envolvidos e a baixas criticidades dos itens comprados, busca-se simplificar processos e evitar desperdício de tempo. Utilizam-se práticas como aquisições através de *marketplaces*, uso de catálogos eletrônicos e estabelecimento de contratos de conta corrente, contratos por valor determinado, no qual é estipulado um determinado valor a ser dispendido, e de contratos por quantidade fixa, em que são estabelecidas determinadas quantidades de itens específicos, a serem adquiridas.

4.4.1.4 Outros processos e práticas adotados para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

Foi identificada uma atividade não mencionada no *framework*: a participação do Hospital A em iniciativas para realização de compras em conjunto com outros hospitais, de itens de algumas categorias específicas. Além disto, verificou-se que a diretoria de Suprimentos e Logística também realiza compras para dois hospitais públicos municipais, que são administrados pela instituição mantenedora do Hospital A.

a. Compras conjuntas com outros hospitais

A realização de compras conjuntas é uma prática bastante utilizada em outros países, especialmente nos Estados Unidos, onde as aquisições são realizadas por associações de hospitais denominadas Group Purchasing Organization (GPO).

Conforme relato do entrevistado A2, algum tempo atrás, o Hospital A participou de um grupo de compras, organizado por uma associação de hospitais. A iniciativa não foi bem sucedida, devido a:

- O Hospital A usualmente conseguia condições comerciais mais vantajosas negociando diretamente com os fornecedores do que as condições obtidas pelo grupo de compras;
- Quando o grupo de compras conseguia negociar condições comerciais vantajosas, normalmente havia a obrigatoriedade de aquisição de volumes elevados de itens e de cumprir determinados prazos de pagamento. Alguns hospitais membros do grupo, geralmente de pequeno porte, enfrentavam dificuldades em confirmar a aquisição do volume de itens que haviam projetado, e/ou de cumprir as condições de pagamento acordadas na negociação, inviabilizando a consecução da aquisição e gerando desgastes com os fornecedores.

Deste modo, o grupo de compras desta associação foi encerrado. De acordo com informações do entrevistado A2, em junho de 2017 estava em processo de estruturação um grupo de compras entre as organizações hospitalares vinculadas a uma importante associação do setor hospitalar. Estava em discussão o estabelecimento de regras para participação no grupo de compras, incluindo a assinatura de um termo de compromisso para adquirir todo o volume de itens previamente informado, como forma de evitar os problemas ocorridos na experiência anterior.

b. Administração de hospitais públicos municipais

A instituição mantenedora do Hospital A mantém um contrato com a Prefeitura Municipal de São Paulo para administrar dois hospitais públicos municipais, com 240 e 176 leitos operacionais, respectivamente. A diretoria de Suprimentos e Logística do Hospital A também efetua todas as aquisições necessárias para as operações dos dois hospitais públicos mencionados. As aquisições são realizadas por processos licitatórios, seguindo os procedimentos estabelecidos na Lei 8666. A infraestrutura da diretoria é utilizada e dois funcionários com dedicação exclusiva, um alocado no departamento de Compras de Materiais e outro no de Compra de Serviços, apoiados por um funcionário do departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores, este com dedicação parcial, realizam todas as compras necessárias aos dois hospitais públicos.

Os processos adotados para gestão de relacionamento com os fornecedores nos hospitais públicos municipais mencionados não foram abordados nas entrevistas e não fazem parte do escopo deste estudo de casos.

4.4.1.5 Dificuldades enfrentadas, tendências e benefícios obtidos com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

Na opinião dos entrevistados, foi indicado:

a. Dificuldades enfrentadas na gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

Os dois entrevistados foram questionados com relação às maiores dificuldades que enfrentam, ou enfrentaram, na gestão de relacionamentos de fornecedores.

O entrevistado A1 mencionou:

- A necessidade de se efetuar uma padronização de materiais médico-hospitalares e medicamentos utilizados no hospital, que para ser bem sucedida requer uma efetiva participação de todo o corpo clínico, embutindo dois grandes desafios:
 - Que seja desenvolvido um relacionamento próximo com as equipes médica e de enfermagem, para criar um ambiente propício ao debate e para a obtenção de consenso nas especificações-padrão e;
 - Questões específicas inerentes ao processo de padronização, como o hábito dos médicos em utilizar determinados artigos médico-hospitalares, adquiridos desde a época do curso de graduação em medicina e reforçado ao longo de sua atuação profissional, que resultam em desafios adicionais para se estabelecer padrões. O fato do Hospital A possuir um corpo clínico aberto,

gerando maior diversidade nas preferências dos médicos, torna a padronização ainda mais desafiadora;

- O domínio do mercado de itens médico-hospitalares pelos distribuidores, requerendo esforços para mudanças no modelo de negócio predominante no setor, com a aproximação e estabelecimento de relacionamentos próximos com os principais fabricantes de itens médico-hospitalares e de medicamentos;
- A falta de previsibilidade na demanda de serviços hospitalares, em que não se sabe, por exemplo, quantas cirurgias cardíacas vão ser realizadas e quantos pacientes queimados irão adentrar ao hospital por dia, demandando dos profissionais de compras muita flexibilidade e capacidade de resposta para apresentar soluções rápidas para problemas complexos.

O entrevistado A2 indicou as seguintes dificuldades:

- A equipe de funcionários do departamento é muito enxuta e, às vezes, não conseguem atender à toda a demanda de trabalho;
- Dificuldades internas:
 - Ocorrem conflitos eventuais com clientes internos devido, por exemplo, bloqueio de fornecedores por não atendimento aos requisitos do hospital. Alguns clientes internos têm dificuldades para entender que as ações do departamento visam reduzir a exposição a riscos, resguardando o hospital de problemas futuros que podem ser causados por fornecedores sem capacitação adequada. Para atenuar esta questão, desde 2016 tem-se buscado maior integração interna, com duas visitas semanais de cada integrante do departamento às áreas internas, para realizar reuniões e verificar os problemas *in loco*. A maior proximidade tem contribuído para melhorar a compreensão dos clientes internos sobre o trabalho do departamento, bem como dos funcionários do departamento sobre os processos e problemas das áreas clientes;
 - Compras diretas pelas áreas internas (*maverick buying*²²): conforme política vigente, os gestores das áreas operacionais e administrativas do Hospital A possuem um cartão de crédito corporativo que pode ser utilizado para compras esporádicas de itens de baixo valor. Ocorre que algumas áreas têm feito uso

²² *Maverick buying*: comportamento não conforme em que unidades de negócio locais ignoram procedimentos formais de aquisição (ROTHKOPF; PIBERNIK, 2016).

excessivo desta modalidade de aquisição, com a compra de itens corriqueiros de pequenos fornecedores a preços muito maiores que os habitualmente pagos nas compras formais. Para adequar e controlar o uso desta modalidade de aquisição, tornou-se obrigatório comunicar à diretoria de Suprimentos e Logística toda vez que for efetuada uma compra direta por qualquer área interna do hospital.

- Apontou poucas dificuldades externas, nas relações com fornecedores: quando necessário, os fornecedores são chamados para reuniões no hospital e, em geral, atendem prontamente. Acredita que a boa reputação do hospital contribui para isso, inclusive gerando interesse em fornecedores com pouco volume, ou pouco potencial de vendas para a instituição.

b. Tendências para a gestão relacionamentos com fornecedores

O entrevistado A1 indicou que os *drivers* atuais da área de compras devem permanecer, com tendências no sentido de haver procedimentos cirúrgicos mais precisos, maior adoção de protocolos de atendimento, redução na base de fornecedores e incremento na padronização, para minimizar a variação no uso de materiais médico-hospitalares e, com menor quantidade de itens e maior concentração, negociar diretamente com os fabricantes, ao invés de negociar com os distribuidores, contribuindo para simplificar a gestão. Apontou, também, que seria desejável a criação de redes referenciadas, como por exemplo, de hospitais especializados na realização de cirurgias ortopédicas, justificando que a especialização contribui para melhorar a prestação de cuidados ao paciente.

c. Benefícios obtidos com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A

Na visão do entrevistado A1, o principal benefício obtido com a gestão de relacionamento com fornecedores é a redução de custos, seguida pela melhoria nos níveis de serviço prestados pela área.

O melhoria nos níveis de serviço, deve-se, principalmente, pela melhoria de desempenho dos fornecedores, que se traduz em melhores entregas, mensuradas pelo indicador OTIF (*on time, in full*), que avalia se as entregas ocorreram *on time*, na data, horário e local acordado e *in full*, em conformidade com todo o escopo acordado, que abrange aspectos como qualidade, quantidade, conformidade da nota fiscal com o pedido de compra, condições físicas das mercadorias e aderência com outros atributos específicos estabelecidos.

A redução de custos inclui, além da diminuição em relação ao custo anteriormente existente, o *cost avoidance*, ou seja, o aumento de custo evitado, que se refere ao percentual reduzido em relação ao valor que havia sido projetado para determinado item. Exemplo mencionado pelo entrevistado A1: estava previsto aumento de 10% para determinado item e conseguiu-se reduzir o aumento para 5%, resultando em economia de 5%.

A melhoria no relacionamento com os fornecedores também contribui para a redução de riscos. Com maior proximidade e melhor conhecimento dos fornecedores, reduzem-se as contingências, que se convertem em redução de custos.

Conforme o entrevistado A1, no contexto atual vivido pelas organizações hospitalares, a redução de custos é a principal contribuição que a área de compras pode trazer à instituição. Constitui-se, também, na principal demanda da alta administração do Hospital A à diretoria de Suprimentos e Logística e no mais importante objetivo estabelecido na área.

Desta forma, como a redução de custos corresponde, simultaneamente, ao principal benefício obtido com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital A e ao mais importante objetivo estabelecido para a área de compras, a gestão de relacionamento com fornecedores torna-se a principal estratégia adotada pela diretoria executiva de Suprimentos e Logística para alcançar seu objetivo mais relevante.

Estudo de caso B

4.4.2 Estudo de caso B – Hospital de ensino universitário administrado por instituição filantrópica sem fins lucrativos (Hospital B)

Administrado desde sua fundação, em 1921, por uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, a organização hospitalar focada no estudo de caso B é um hospital geral de alta complexidade com 469 leitos operacionais, localizado próximo a região central da cidade de São Paulo – SP. O Hospital B se constitui em um hospital de ensino universitário, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, com programas de pós-graduação em áreas médicas e em gestão da saúde, que incluem programas *stricto sensu* de mestrado e doutorado, *lato sensu* de especialização em medicina e áreas multiprofissionais, residência médica em quatorze especialidades, residência uniprofissional em áreas de enfermagem, biomedicina e física médica e residência multiprofissional, assim como cursos de aperfeiçoamento e atualização.

O Hospital B possui diversas certificações de seus sistemas de gestão, destacando-se as certificações de qualidade hospitalar pela Joint Commission Internacional, de gestão ambiental ISO 14001 e de gestão de segurança e saúde ocupacional OHSAS 18001. É classificado em vários *rankings* e reconhecido por diversos órgãos de imprensa como um dos melhores hospitais da América do Sul. Dentre os membros de seu corpo clínico, há renomados médicos, que atendem importantes políticos e empresários brasileiros.

O hospital tem registrado um crescimento consistente e, nos últimos seis anos, contabiliza investimentos da ordem de R\$ 1,5 bilhões, aplicados principalmente em obras de ampliação das instalações e na aquisição de equipamentos médicos de última geração. O processo de ampliação de capacidade tem previsão de conclusão para o ano de 2019, quando será atingida a capacidade de 611 leitos operacionais. Além do Hospital B, compõem o complexo hospitalar um centro de diagnóstico e um hospital-dia situados em outros bairros da capital paulista, e um centro oncológico localizado em importante cidade da região centro-oeste do país, local onde se encontra em construção um novo hospital, que será inaugurado em breve.

Reconhecido como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde e participante do PROADI-SUS, o Hospital B já desenvolveu dezenas de projetos estratégicos para melhoria de desempenho e de capacitação profissional do SUS, incluindo um projeto, no biênio 2013-2014, para o desenvolvimento de plano diretor para 25 hospitais universitários públicos federais,

localizados em vários estados do país. No triênio correspondente aos anos de 2015 a 2017, foram aplicados R\$ 432 milhões pelo Hospital B em 38 projetos do PROADI-SUS.

O crescimento do hospital foi alavancado a partir de 2004, quando a direção da instituição mantenedora decidiu profissionalizar a gestão. Atuando como principal executivo e exercendo a Superintendência Corporativa do hospital por aproximadamente doze anos, no período de 2005 a 2016, o entrevistado B1 desempenhou um papel-chave no desenvolvimento do Hospital B. Após trabalhar oito anos junto com o entrevistado B1, o atual Diretor Geral do Hospital B passou a comandar a instituição em 2016 e, conforme entrevista concedida a um órgão de imprensa especializado no setor hospitalar, sua gestão representa uma continuidade dos trabalhos desenvolvidos pelo entrevistado B1.

4.4.2.1 Objetivos estratégicos do Hospital B

O Diretor Geral do Hospital B, na mesma entrevista mencionada no parágrafo anterior, afirma que a conjuntura econômica atualmente vigente no país exige que as pessoas e organizações sejam mais eficientes naquilo que fazem, indicando que a busca contínua e obsessiva da eficiência operacional, da qualidade e da segurança do paciente são objetivos estratégicos prioritários da organização hospitalar que dirige.

Complementando, o Diretor Geral aponta os focos dos projetos de melhoria de eficiência: pessoas, com o desenvolvimento dos recursos humanos em suas áreas de atuação; processos, com a análise e redesenho de processos de negócio e processos operacionais da instituição; tecnologia, com investimentos para automatizar alguns processos selecionados; ativos, para aumentar a utilização de tecnologias, especialmente as de maior custo de aquisição e de manutenção; e socioambiental, para diminuir consumos de água e energia, visando alcançar redução de custos e maior responsabilidade ambiental.

Outro aspecto prioritário em sua gestão, conforme apontado pelo Diretor Geral, é liderar o processo de transformação do sistema utilizado para remunerar os hospitais, migrando do modelo de *fee for service* (pagamento por serviços), atualmente vigente no Brasil, para um modelo baseado em pagamento por performance, que demanda maior responsabilização da organização hospitalar e compartilhamento de riscos, e propicia melhor remuneração para as organizações hospitalares que atingirem melhor desempenho.

Em palestra proferida em evento²³ realizado em junho de 2018, o Diretor de Governança Clínica do Hospital B, a seguir denominado como informante B3, argumentou que o pagamento

²³ Evento Economia e Logística da Saúde: Encontro Paulista de ATS, realizado em 21 de junho de 2018, na Faculdade de Economia e Administração de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

por serviços estimula a realização de procedimentos médicos desnecessários, como o excesso de cirurgias, ao passo que o sistema de pagamento por performance é mais focado no paciente e envolve avaliar os resultados das intervenções médicas realizadas ao longo da vida do paciente. No mundo todo, prevalece o pagamento por serviços, havendo algumas iniciativas para implantação de pagamento por performance. Mencionou que no Hospital B busca-se realizar uma transição para a implantação do sistema de pagamento por performance, com o estabelecimento de “pacotes” de procedimentos médicos com clientes²⁴ e fornecedores.

Em sua palestra, o informante B3 sintetizou a visão estratégica da gestão de saúde adotada no Hospital B. Afirmou que está ocorrendo atualmente um movimento revolucionário nos sistemas de saúde, com mudança do enfoque de cuidar de doenças para cuidar da saúde, em que os hospitais procuram mudar o foco de entregar procedimentos para entregar saúde, que significa oferecer resultados concretos de saúde para o paciente. Para o Hospital B, que utiliza o conceito de valor conforme proposto por Porter e Teisberg (2007), tais resultados são compreendidos como valor para o paciente, definido como:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Pertinência x Desfecho para o paciente} + \text{Experiência do paciente}}{\text{Desperdício}}$$

A pertinência refere-se à efetiva necessidade de utilizar os procedimentos adotados para o tratamento do paciente, incluindo, procedimentos cirúrgicos, exames de diagnóstico, uso de tecnologias médicas etc., sendo desfecho e experiência mensurados conforme a opinião do paciente. Deste modo, busca-se integrar as tecnologias médicas para entregar maior valor ao paciente.

Os objetivos descritos fundem-se nos conceitos do *triple aim* e do *quadruple aim*, que foram discutidos na revisão de literatura (páginas 45 e 46) e que são adotados no Hospital B. Segundo o informante B3, com a implantação do *triple aim*, os dirigentes do Hospital B focam em melhorar a saúde da população, aprimorar a experiência do paciente e reduzir custos. Entendem que conseguindo reduzir seus custos, mais pessoas poderão ter acesso aos serviços de saúde prestados pelo hospital. Para atingir o *quadruple aim*, que requer a implementação do quarto elemento, melhoria da qualidade de vida dos funcionários, foi desenvolvido um projeto inovador para cuidar da saúde dos colaboradores do hospital. A experiência e os bons resultados obtidos neste projeto geraram oportunidades de novos negócios: o Hospital B desenvolveu um novo produto, que envolve uma nova abordagem para a prestação de serviços de saúde

²⁴ Os principais clientes são as fontes pagadoras dos serviços prestados, como operadoras de planos de saúde e empresas contratantes dos serviços de saúde corporativa, produto recém lançado pelo Hospital B.

corporativa. Recém-lançado, o produto já começa a obter sucesso: duas empresas de grande porte contrataram o Hospital B para implantar esta solução de saúde corporativa para seus funcionários.

Em síntese, consolidando informações de diversas fontes, verifica-se que no contexto atual constituem-se em objetivos estratégicos do Hospital B:

- Melhoria de eficiência operacional, com ênfase em redução de custos e otimização de processos;
- Melhoria da qualidade, para aumentar a segurança e aprimorar a experiência do paciente;
- Iniciar a implantação do modelo de remuneração por performance, em substituição ao sistema *fee for service*;
- Desenvolvimento de novos negócios, com a comercialização de um novo produto de saúde corporativa e;
- Expansão dos negócios existentes, com a construção de um novo hospital na região centro-oeste e conclusão das obras de ampliação e modernização do complexo hospitalar de São Paulo.

Conforme será detalhado nos próximos tópicos, constatou-se que a área de compras desempenha um relevante papel, por meio da gestão de relacionamento com fornecedores, para contribuir para que os objetivos organizacionais descritos sejam alcançados.

4.4.2.2 Perfil e experiência dos entrevistados do estudo de caso do Hospital B

Com graduação em medicina e mestrado em administração, o entrevistado B1, ex-Superintendente Corporativo do Hospital B, tem uma abrangente experiência no setor da saúde, desenvolvida em aproximadamente quarenta anos de atuação profissional, como médico em hospitais públicos, gestor hospitalar em hospitais públicos e privados, no exercício de importantes cargos na administração pública e em agências reguladoras do setor da saúde, membro de diversos conselhos de organizações de saúde e de ensino e pesquisa, e como docente em universidade pública, onde ministra aulas para cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Em etapas anteriores da carreira, gerenciou a área de compras de um hospital público. Publicou diversos artigos em periódicos e livros sobre gestão hospitalar, incluindo um livro com foco em gestão de materiais em ambiente hospitalar. Como principal executivo do Hospital B, liderou todas as operações da instituição, incluindo a diretoria clínica e treze superintendências, envolvendo as áreas de atendimento e operações, controladoria e finanças,

comercial, logística, engenharia e obras, gestão de pessoas e qualidade, ensino e pesquisa, tecnologia de informação, técnica-hospitalar, dentre outras.

O segundo entrevistado, identificado como entrevistado B2, é graduado em matemática e pós-graduado em engenharia de produção e em gestão empresarial e acumula aproximadamente vinte anos de experiência executiva em organizações prestadoras de serviços de saúde. Foi contratado em julho de 2016 para ocupar a Diretoria de Logística do Hospital B, mesmo cargo que havia exercido anteriormente, no período de 2006 a 2008, época em que reportou-se diretamente ao entrevistado B1.

A abrangência das responsabilidades do entrevistado B2 aumentou significativamente nos últimos dois anos, refletindo uma reestruturação organizacional que se encontra em curso na organização hospitalar. Responsável inicialmente pelos dois departamentos, suprimentos e logística, que compunham a Diretoria de Logística, teve suas atribuições ampliadas e assumiu a direção de mais oito departamentos, incluindo as áreas de serviços, atendimento e hospedagem, engenharia clínica, manutenção, manutenção predial e obras e projetos, envolvendo a liderança de aproximadamente 1700 colaboradores. Assim, a denominação de seu cargo foi alterada para Diretor de Serviços Compartilhados, vigente a partir de maio de 2018. O processo de reestruturação organizacional, apoiado por uma grande consultoria de gestão, deverá ser concluído em 2019 e a configuração da Diretoria de Serviços Compartilhados provavelmente terá algumas alterações, com a possível inclusão de áreas como administração de pessoal e tecnologia de informação e a realocação de atendimento e hospedagem para outra diretoria.

4.4.2.3 Importância estratégica, infraestrutura e capacitações dos profissionais da área de compras do Hospital B

a. Estrutura organizacional e infraestrutura da área de compras do Hospital B

Conforme comentários anteriores, a direção da área de compras é exercida pelo entrevistado B2, Diretor de Serviços Compartilhados, que é membro da diretoria executiva, reporta-se diretamente ao Diretor Executivo do hospital, e tem como pares os diretores das áreas de finanças, gestão de pessoas, relações com o mercado, governança clínica, tecnologia de informação, operações, assistencial e unidades externas. O dispêndio total em compras do Hospital B em 2017 ultrapassou o valor de um bilhão de reais.

A estrutura organizacional da área de compras do Hospital B é composta pelo Departamento de Suprimentos e pelo Departamento de Contratos, cujos gerentes reportam-se

diretamente ao entrevistado B2. Os dois departamentos são apoiados por um núcleo responsável pelo gerenciamento de riscos de fornecedores.

O Departamento de Suprimentos é composto por 39 profissionais: um gerente, um coordenador de compras de itens diretos e um coordenador de compras de itens indiretos, aos quais se reportam compradores e assistentes, que estão distribuídos em oito células de compras: importados e imobilizado; consignação; materiais médico-hospitalares e medicamentos; marketing, operações, TI e recursos humanos; obras; engenharia de manutenção e engenharia clínica; nutrição; e filantropia. Há um comprador líder para cada célula, cujo foco principal é conduzir negociações com fornecedores e envolver-se com a estratégia de negócios da célula que lidera.

O Departamento de Contratos foi criado recentemente, com o desmembramento de uma coordenação de contratos que anteriormente se reportava ao gerente do Departamento de Suprimentos. O núcleo de gestão de riscos de fornecedores, que é composto por três profissionais, foi formado em meados de junho de 2017.

O entrevistado B2 trabalha num dos prédios do complexo hospitalar, numa área reservada à diretoria executiva. Os funcionários dos departamentos que constituem a área de compras trabalham no prédio administrativo do Hospital B, localizado nas proximidades do complexo hospitalar.

O Hospital B utiliza o sistema ERP Tasy, que é fornecido pela empresa Phillips e foi desenvolvido especificamente para organizações prestadoras de serviços de saúde, permitindo a integração de processos administrativos, financeiros, assistenciais e operacionais. Interligado ao sistema ERP, opera um sistema dedicado à gestão de estoques e avaliação de fornecedores, desenvolvido pela empresa GTPlan, especializada em *softwares* para gestão da cadeia de suprimento de organizações do setor de saúde. O entrevistado B2 considera que a infraestrutura de tecnologia de informação, especialmente o sistema ERP e as ferramentas de apoio para gestão de estoques e avaliação de fornecedores, facilitam o trabalho e melhoram a produtividade da equipe de compras.

b. Participação do principal gestor de compras na alta administração do Hospital B

Conforme o entrevistado B1, a maior parcela de gastos do Hospital B é realizada com materiais, superando os dispêndios com mão de obra, que variam entre 28 e 30% dos gastos totais do hospital. Portanto, em função do elevado dispêndio com materiais, o desempenho da área de compras tem grande influência nos resultados financeiros do hospital, sendo

considerada uma área estratégica pela alta administração da instituição. Assim, há vários anos o principal gestor da área de compras ocupa uma cadeira na direção executiva do Hospital B.

O demonstrativo de resultados do Hospital B, que consta no Relatório de Sustentabilidade 2017 publicado pela organização, confirma as informações obtidas com o entrevistado B1: o percentual de gastos com materiais, medicamentos e serviços médicos, em relação à receita operacional, foi de 34,7%, em 2016 e de 37,3%, em 2017; enquanto o percentual de gastos com pessoal e encargos, em relação à receita operacional, foi de 27,0%, em 2016 e de 28,7%, em 2017.

O entrevistado B2 afirma que o principal papel exercido por ele, como membro da direção executiva do Hospital B, é entender os cenários estratégicos existentes: como a organização está se posicionando no mercado, de que forma está sendo pressionada por concorrentes, por fontes pagadoras e por outros *stakeholders*, para verificar de que maneira a área de compras, e as outras áreas que dirige, podem contribuir para a instituição atingir seus objetivos estratégicos. A partir desta compreensão, define projetos que engajam a equipe responsável pela gestão de compras em iniciativas com fornecedores para viabilizar o alcance dos intentos estratégicos da organização hospitalar.

c. Formação acadêmica e capacitação dos profissionais de compras do Hospital B

O entrevistado B2 critica o modelo vigente na cadeia de suprimentos da área de saúde, em que se verifica enorme disparidade entre os investimentos realizados na capacitação de vendedores e compradores. Indica que muitos fornecedores do setor hospitalar, em especial os fabricantes e seus distribuidores, investem vultuosas quantias em treinamentos dos profissionais de vendas, organizam convenções em grandes *resorts* e oferecem viagens internacionais como premiação para atingimento de metas de vendas. Em contraste, as verbas disponíveis para investimento em treinamentos dos profissionais de compras usualmente são escassas, os gastos envolvidos na participação em eventos específicos para gestores de compras são elevados, limitando a possibilidade de as organizações hospitalares apoiarem a participação de seus compradores em eventos convencionais de atualização.

Assim, reconhecendo a necessidade de capacitação e atualização constante dos profissionais de compras, o entrevistado B2 vem adotando iniciativas que permitem capacitar sua equipe, com investimentos módicos. A partir da identificação de lacunas de capacitação, ou da necessidade de aprofundar conhecimentos de determinados assuntos pelo time, contrata especialistas externos para ministrar treinamentos para capacitação da equipe de compras em tópicos específicos. Menciona que nos últimos dois anos já foram realizados três eventos deste

tipo, para treinamento da equipe em tópicos de *spend analysis* (análise de dispêndios), *strategic sourcing* e planejamento da demanda.

Além disto, com experiência em ministrar aulas em cursos de pós-graduação *lato sensu*, ele mesmo tem preparado e ministrado algumas palestras para a equipe de compras. Já abordou temas como: o mercado de saúde, discutindo desafios e oportunidades existentes; formação de alianças estratégicas com fornecedores; integração de hospitais com perfil semelhante para constituição de grupos de compras; resultados financeiros provenientes das negociações de compra; e sobre habilidades e competências do comprador atual, que envolvem orientação para resultados, foco, influência e negociação, trabalho em equipe, liderança e visão de negócio.

No momento atual, como oportunidade de melhoria na capacitação da equipe de compras, o entrevistado B2 indica que os profissionais da área precisam entender um pouco mais sobre o negócio, compreender de que maneira eles conseguem se conectar com os objetivos do hospital. Neste aspecto, compreender a forma como o hospital é remunerado pelos serviços prestados torna-se muito importante. Para apoiar neste entendimento, o entrevistado B2 realiza reuniões com o time de compras a cada 45 dias: apresenta os resultados atingidos e aponta caminhos a serem seguidos para atingir os objetivos estratégicos da organização hospitalar, com ênfase especial nas ações de gestão de relacionamento com fornecedores a serem desenvolvidas e priorizadas.

Conscientes da necessidade de aprimorar sua capacitação, menciona o entrevistado B2, vários funcionários da área de compras estão realizando, com recursos próprios, cursos de pós-graduação ou de extensão em gestão de compras, logística e cadeia de suprimentos.

Os entrevistados B1 e B2 consideram como muito relevante o domínio de habilidades *soft* pelos membros da área de compras, de forma que existe uma série de competências definidas para cada cargo, que são consideradas nos processos de contratação e desenvolvimento dos colaboradores do Hospital B.

Mencionando Bertalanffy, o entrevistado B1 enfatiza que um hospital é um sistema sociotécnico complexo, que exige habilidades pessoais e uma capacidade contínua de negociação com os pares e funcionários de diversos níveis hierárquicos. Tais características tornam críticas as habilidades de negociação para os funcionários da área de compras. Deficiências nestas habilidades ou incapacidade de articulação por parte dos gestores de compras podem gerar relações conflituosas e graves problemas às operações hospitalares.

Questionado se considera que alguma formação acadêmica específica, como em medicina, por exemplo, seria mais adequada aos gestores de compras hospitalares, o entrevistado B1 respondeu que a enorme quantidade, diversidade e complexidade dos itens

adquiridos em hospitais dificultam apontar uma formação específica como mais adequada. Comentou que, em sua experiência, já verificou bons resultados obtidos por diretores de compras com formação em engenharia de produção, em administração de empresas, assim como com formação acadêmica em outras áreas.

d. Integração interna e externa, colaboração com fornecedores e atuação estratégica

O entrevistado B2 considera que existe um bom nível de integração entre a área de compras e o corpo clínico, enfermagem e com todas as demais áreas do hospital. Afirma que os profissionais de compras participam da maioria das comissões existentes na organização: de farmácia, de medicamentos, de materiais, de órteses, próteses e materiais especiais, dentre outras. O envolvimento nestas comissões contribui para incentivar a colaboração interna entre as diversas áreas organizacionais.

Uma evidência adicional mostra que a administração do Hospital B está empenhada em aumentar a integração entre as áreas internas: conforme o informante B3, levando em conta que dados históricos indicam que, no Brasil e no resto do mundo, os médicos têm dificuldades para trabalhar em equipe, a direção do Hospital B decidiu incluir os médicos na maioria das comissões e conselhos existentes no hospital. Acreditam que a inclusão nestes grupos pode ajudar os médicos a desenvolver aptidões para trabalhar em equipe.

Alguns resultados que vem sendo atingidos pelo estabelecimento de parcerias com fornecedores indicam que há integração de processos e colaboração entre Hospital B e fornecedores. Diversas evidências apontadas no relato deste estudo de caso indicam que a área de compras exerce importante atuação estratégica no Hospital B.

e. Escopo de atuação e responsabilidades da área de compras do Hospital B

A área de compras tem escopo de atuação corporativo, que abrange todas as unidades de prestação de serviço de saúde e de ensino e pesquisa, administradas pela instituição mantenedora do Hospital B. Tem responsabilidade por realizar todos os tipos de aquisição de materiais e serviços, incluindo insumos, equipamentos, obras de ampliação etc., necessários às operações do complexo hospitalar e das demais unidades mencionadas.

f. Valorização do corpo clínico no Hospital B

Uma característica marcante do Hospital B é a valorização e respeito que são atribuídos ao corpo clínico. O entrevistado B1 revela que os médicos são muito prestigiados pela direção do hospital, são sempre ouvidos e sua opinião é sempre levada em consideração.

Artigo publicado na edição eletrônica de uma revista de grande circulação nacional em meados de 2011, que foi atualizado em 2016, considera a valorização dos médicos como um dos elementos do sucesso do Hospital B. Reproduz a fala de dois expoentes da medicina brasileira, um da área de cardiologia: “Exijo e não quero saber quanto custa. Se não fosse por nós, os médicos, isso aqui seria uma casa de saúde”, e de outro da área de oncologia: “Os médicos ficam onde são bem tratados. Aqui o acesso à direção é fácil, o corpo técnico é bem treinado e conversamos entre nós sobre os pacientes”. A matéria jornalística destaca a grande capacitação do entrevistado B1 como “especialmente útil para administrar as exigências desses médicos que fazem a fama do hospital”.

O prestígio atribuído aos médicos aumenta a complexidade de processo de padronização de materiais, conforme discute-se posteriormente.

4.4.2.4 Processos para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

Nas entrevistas realizadas, constatou-se a implementação no Hospital B da maioria dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores definidos no *framework* desenvolvido. Os principais processos identificados são descritos a seguir.

a. Estabelecimento de estratégia e política para gestão de compras no Hospital B

O entrevistado B2 apresentou um mapa estratégico utilizado para organizar as atividades da área de compras. Em primeiro nível, são determinadas dois grupos principais de atividades: de compras e de gestão de operações. No grupo de compras, distinguem-se as “compras estratégicas” e as “compras pontuais”.

O grupo de compras estratégicas inclui as seguintes categorias de compra: materiais médico-hospitalares, medicamentos, OPME, equipamentos, nutrição e obras e serviços. O grupo de compras pontuais envolve principalmente a categoria de MRO, abreviação de *maintenance, repair and operation*²⁵, que inclui todos os materiais indiretos utilizados no hospital.

No grupo de compras estratégicas utiliza-se o método de *strategic sourcing*, envolvendo as atividades de: padronização e consolidação de itens; gestão das categorias estratégicas, considerando volume, criticidade, frequência, rentabilidade e custo total de aquisição; desenvolver profundo *expertise* em cada categoria de compra; e realização de compras conjuntas com outros hospitais com características similares, dentre outras atividades.

²⁵ Manutenção, reparo e operação, em português.

O Quadro 4.8 resume os principais processos e o foco destes três grupos de atividades.

Grupos	Principais processos	Foco
Compras estratégicas	Análise de gastos, seleção e negociação com fornecedores, identificação de economias e gestão de riscos na cadeia de suprimentos.	Economia e parcerias estratégicas
Compras pontuais	Captura de requisições, compra e abastecimento e gestão de catálogo de itens.	Nível de serviço
Gestão da operação	Gestão de planejamento de compras (recebimento e armazenagem), gestão de suprimentos (volumes e custos), treinamento (educação continuada e fornecedores), gestão de riscos, gestão de desempenho de fornecedores, gestão de cadastro de itens, gestão da segurança assistencial (notificação de eventos adversos), gestão de não-conformidade de gêneros alimentícios e gestão de estoques.	<i>Compliance</i>

Fonte: informações verbais e resumo de mapa estratégico cedido pelo entrevistado B2

Quadro 4.8 – Grupos de atividades de compras do Hospital B – principais processos e foco

As políticas e procedimentos para as compras são determinadas nos seguintes documentos: Norma de Compras, Norma de Qualificação Técnica de Fornecedores de Medicamentos e Produtos para Saúde, Manual de Relacionamento com Fornecedores, Estatuto da Comissão de Padronização de Materiais, Estatuto da Comissão de OPME, Estatuto da Comissão de Farmácia e Terapêutica, Estatuto da Comissão de Investimentos e Procedimentos de Nutrição.

b. Padronização de materiais e medicamentos no Hospital B

Existem comissões multidisciplinares específicas para a padronização de materiais médico-hospitalares, medicamentos e OPME. Cada uma destas comissões atua seguindo normas próprias, estabelecidas no estatuto de cada comissão.

O entrevistado B1 menciona que a carência de um padrão para a especificação de dispositivos médicos, dificulta muito a padronização de materiais hospitalares, especialmente de OPME. Por sua vez, a padronização de medicamentos é facilitada pela existência de um padrão estabelecido nas Denominações Comuns Brasileiras (DCB) para o fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Como exemplo das dificuldades para padronização de materiais, o entrevistado B1 menciona o caso de fios utilizados para sutura em cirurgias. Uma propriedade fundamental para fios cirúrgicos, em especial os fios utilizados em cirurgias cardíacas, é a “corrida de nó”: o

cirurgião realiza o nó e o conduz até o ponto em que ele deve permanecer para realizar a junção dos tecidos. Ocorre que determinadas marcas de fio cirúrgico não têm desempenho adequado nesta propriedade, o fio “não corre”, dificulta o trabalho do cirurgião e pode comprometer os resultados da cirurgia. Como não é possível medir esta propriedade, a aprovação da marca do fio depende de teste prático realizado pelo cirurgião.

As exigências do corpo clínico em questões de qualidade tornam as atividades de padronização ainda mais complexas no Hospital B, comenta o entrevistado B1. Algumas vezes, médicos o procuravam para reclamar sobre decisões da comissão de padronização. Então, relatava o ocorrido ao diretor técnico do hospital, que exercia a presidência da comissão de padronização, e solicitava que verificasse o que estava acontecendo. Em seguida, o diretor técnico conversava com o médico que apresentou a queixa e muitas vezes, ocorria um diálogo difícil. Ressalta que em questões de padronização, é preciso haver respeito mútuo e entendimento das necessidades das outras partes.

Nos últimos anos, segundo indicado pelo entrevistado B1, a ênfase em *compliance* deixou o processo ainda mais complicado: gerou a necessidade de convencer os médicos de que não poderiam mais escolher uma marca específica, exceto em casos excepcionais, devidamente justificados e registrados no sistema. Como regra geral, os médicos devem informar ao menos três marcas em que confiam, para que seja tomada a decisão de compra buscando-se minimizar custos.

O entrevistado B1 comenta sobre a resistência da maioria dos médicos do Hospital B em usar medicamentos genéricos. A maior parte do corpo clínico do hospital não concorda com os argumentos de comprovação de bioequivalência dos medicamentos genéricos e exige medicamentos de marca. As exigências são atendidas. No caso de medicamentos que têm muitos fabricantes, tendo como exemplo o antibiótico ampicilina, busca-se obter o consenso dos médicos sobre duas ou três marcas aceitáveis, para que a escolha do fornecedor seja efetuada com base no menor preço ofertado, dentre os fabricantes considerados qualificados. O entrevistado B2 confirma que atualmente (meados de junho de 2018) não são adquiridos medicamentos genéricos, adquirem-se apenas medicamentos de marca.

c. Segmentação de materiais, serviços e fornecedores no Hospital B

Os fornecedores são classificados em duas grandes categorias: materiais e serviços. Conforme estabelecido no Manual de Relacionamento com Fornecedores do Hospital B, a categoria de materiais inclui fornecedores de medicamentos, materiais hospitalares, OPME, produtos químicos, gêneros alimentícios, equipamentos, itens imobilizados e materiais de

consumo, dentre outros. Na categoria de serviços estão inclusos fornecedores de serviços médicos, de consultoria, manutenção, limpeza, segurança, obras, ensino e pesquisa, transporte, entre outros. São exigidos fornecimentos em conformidade com os padrões técnicos e documentos emitidos pelo Hospital B, assim como a adoção de “uma postura ética compatível com princípios, valores e normas que promovam a cidadania e o desenvolvimento humano, visando uma sociedade mais justa, sustentável e solidária”.

São utilizados critérios diferentes para classificação de materiais, serviços e seus respectivos fornecedores:

- Segmentação de materiais

Uma das finalidades principais da classificação dos materiais é a determinação de parâmetros para gestão de estoque. Inicialmente, os materiais são classificados conforme sua importância em valor e criticidade para as operações hospitalares. A importância em valor é determinada pela posição do item na curva ABC, considerando os dispêndios realizados anualmente. A criticidade é determinada pela posição do item na curva XYZ. Da combinação destas duas curvas, ABC e XYZ, resultam nove combinações, a partir das quais eram definidos os parâmetros para gerir o estoque de cada item.

Após o entrevistado B2 assumir a direção de suprimentos do hospital, passaram a ser utilizados mais dois critérios: a classificação PQR, que verifica a popularidade ou frequência de movimentação do item: frequência elevada (P), média (Q), ou baixa (R); e a classificação 123, que leva em conta a dificuldade de obtenção: aquisição complexa (1), difícil (2) e fácil (3). Resultam 81 combinações possíveis e, segundo o entrevistado B2, foi possível aprimorar os parâmetros de gestão de estoque. Cada material utilizado no hospital é classificado conforme estes critérios. Conforme aborda-se posteriormente, o compartilhamento destas informações com fornecedores possibilitou otimizar a gestão de estoque de materiais e redução de custos.

- Segmentação de fornecedores de materiais

Tendo-se como referência principal a curva ABC de dispêndios financeiros, são determinadas três categorias de fornecedores. A primeira categoria corresponde aos fornecedores estratégicos. De acordo com o entrevistado B2, todos os fornecedores da categoria A são classificados como estratégicos. Um segundo critério adotado para segmentar fornecedores de materiais é a curva XYZ, que auxilia na definição dos fornecedores de itens críticos, que corresponde a segunda categoria de fornecedores. A terceira categoria engloba os fornecedores de menor relevância, de itens com maior facilidade de obtenção ou de menor impacto às operações do hospital.

- Segmentação de fornecedores de serviços

A segmentação de fornecedores de serviços é bastante influenciada pelo processo de gestão de riscos de fornecedores, que foi implementado em meados de setembro de 2016, porque o entrevistado B2 identificou a necessidade de maior acompanhamento e controle das ações de fornecedores, para garantir total aderência aos princípios de *compliance* adotados na organização. A prática de *compliance*, definida pelo Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital B como “a capacidade de estar em conformidade com leis e regulamentos externos e internos” é bastante enfatizada em toda a organização e conta com total engajamento da alta direção da instituição.

O risco de fornecedores é avaliado levando-se em conta dois critérios: risco legal e risco financeiro do fornecedor. Decorrentes desta análise, são definidas três categorias de fornecedores de serviços: categoria de fornecedores seguros, em que há risco legal e risco financeiro baixos; categoria de fornecedores de médio risco, que equivale aos fornecedores considerados como de alto risco legal e baixo risco financeiro e aos fornecedores avaliados como de baixo risco legal e alto risco financeiro; e categoria de fornecedores de alto risco, para fornecedores classificados com risco legal e risco financeiro altos.

d. Definição de estratégias para gerir relacionamentos com fornecedores no Hospital B

Para cada categoria de fornecedores, são utilizadas estratégias diferentes para gestão de relacionamentos.

Com os fornecedores estratégicos de materiais busca-se desenvolver relações de proximidade, negociar contratos de suprimento de longo prazo, estabelecer relacionamentos colaborativos com compartilhamento de informações para melhorar eficiência e reduzir custos. Com alguns fornecedores selecionados busca-se aprofundar ainda mais os relacionamentos, para construção de parcerias, conforme detalha-se no item 4.4.2.5.a (páginas 253 a 255).

Aos fornecedores críticos de materiais também dedica-se atenção especial, visando garantia de suprimento e mitigação de riscos. Com os fornecedores classificados na terceira categoria, de pouca relevância, busca-se simplificar o processo de aquisição, com a adoção de iniciativas como catálogos de preço e aquisição em plataformas eletrônicas de compras, dentre outras.

Os fornecedores de serviços, especialmente os 42 fornecedores que tem funcionários trabalhando dentro das unidades do complexo hospitalar, são monitorados constantemente. A condição ideal é que todos sejam classificados como fornecedores seguros, para os quais repete-se a avaliação de risco uma vez por ano. Já os fornecedores de médio risco são reavaliados a

cada seis meses, com cobrança sistemática para regularização das não-conformidades identificadas. Quanto aos fornecedores de alto risco a estratégia adotada é tomar providências para substituição. Segundo o entrevistado B2, há aproximadamente um ano atrás seis fornecedores foram classificados como de alto risco e todos foram substituídos. Os gestores dos contratos foram informados sobre os riscos eminentes, efetuou-se o planejamento e foi realizada a substituição destes fornecedores.

Há uma estrutura específica para conduzir o processo de gestão de riscos. A avaliação tempestiva de riscos é realizada por uma empresa especializada. O núcleo de gestão de riscos de fornecedores, que é composto por três colaboradores que se reportam à diretoria de compras, recebe apoio de áreas internas para avaliar os documentos entregues por fornecedores: a equipe de segurança do trabalho atua na avaliação de documentos legais de segurança do trabalho e uma funcionária da área de Recursos Humanos analisa documentos referentes ao cumprimento da legislação trabalhista pelos funcionários terceirizados, incluindo folha de pagamento, comprovante de férias, cartão de ponto, dentre outros. Foi desenvolvido um *software* específico que possibilita ao fornecedor entregar toda a documentação requerida de maneira eletrônica, tornando mais ágil o processo de conferência para confirmação da regularidade documental pelas equipes do Hospital B. Como rotina de trabalho, quando é identificada qualquer não-conformidade, o fornecedor é notificado de imediato e é concedido o prazo máximo de sete dias para regularização da pendência.

e. Seleção de fornecedores no Hospital B

São utilizados critérios diferentes para seleção de fornecedores de materiais e de serviços.

Para serem homologados para suprir materiais, os fornecedores necessitam ser aprovados em um dos seguintes processos de seleção: auditoria realizada pelo GAFO, auditoria realizada por equipe do Hospital B ou análise documental conduzida por funcionários da área de compras do Hospital B.

O GAFO realiza auditorias na fábrica do fornecedor, seguindo roteiros de avaliação padronizados e específicos conforme o segmento do fornecedor. Os fornecedores qualificados pelo GAFO são classificados em três categorias: prata, ouro e diamante. O prazo de validade das visitas de qualificação de fornecedores da classe diamante é de cinco anos e de fornecedores das classes prata e ouro é de três anos. O Hospital B é associado ao GAFO e seus funcionários participam das equipes que realizam auditorias em fornecedores.

Para fornecedores que não são qualificados pelo GAFO, pode ser realizada uma visita de auditoria por uma equipe multidisciplinar do Hospital B, ou pode ser realizada uma qualificação baseada em análise documental. Os documentos do fornecedor são obtidos na plataforma eletrônica de compras Bionexo, especializada em fornecedores para o setor hospitalar, que realiza o controle e gestão de documentos sanitários e legais de fornecedores de materiais médico-hospitalares, medicamentos, materiais diversos, gêneros alimentícios e produtos químicos. Aos fornecedores qualificados por um dos procedimentos mencionados é atribuído o *status* de fornecedor homologado, que é inserido no sistema ERP e torna o fornecedor habilitado para vender ao Hospital B.

Para seleção de fornecedores de serviços realiza-se o mesmo processo de análise documental descrito no parágrafo anterior, seguido pelo processo de avaliação de riscos de fornecedores de serviços. Caso considerado apto pelos dois critérios, o fornecedor de serviços é homologado para atender ao Hospital B.

Seguindo as recomendações da Joint Commission International, tem-se como meta na instituição efetuar, no mínimo, 88% das aquisições com fornecedores homologados. Dados referentes ao primeiro semestre de 2018 indicam que aproximadamente 95% das aquisições foram realizadas com fornecedores homologados.

f. Contratação de fornecedores no Hospital B

Emissão de pedidos de compra e estabelecimento de contratos de fornecimento são as principais modalidades de contratação de fornecedores utilizadas no Hospital B.

Sempre que possível, procura-se comprar diretamente do fabricante, especialmente das grandes indústrias líderes na produção de materiais médicos e medicamentos. No entanto, algumas empresas não vendem diretamente ao hospital, somente através de distribuidores. Em algumas situações, ocorrem negociações com o fabricante, que cria condições específicas para o Hospital B, mas a venda continua sendo realizada pelo distribuidor.

Os critérios utilizados para decidir sobre o estabelecimento de contratos, realização de compras *spot* e realização de aquisições por meio de plataformas eletrônicas são abordados no item 4.4.2.5.b (página 255).

A quantidade de fornecedores ativos no Hospital B foi de 3470 fornecedores em 2013, 3500 fornecedores em 2014 e de 5252 fornecedores em 2017, conforme indicado, respectivamente, nos Relatórios de Sustentabilidade do Hospital B dos anos de 2013, 2014 e 2017. Nos relatórios dos anos de 2015 e 2016 não consta a quantidade de fornecedores ativos.

g. Avaliação de desempenho de fornecedores no Hospital B

Há um *software* específico para avaliação de desempenho de fornecedores desenvolvido pela empresa GTPlan, que está integrado e adquire dados diretamente no sistema ERP.

Para avaliação de desempenho de fornecedores de materiais é verificada a conformidade de cada entrega realizada pelo fornecedor em relação aos seguintes critérios: qualidade, envolvendo a conformidade com a especificação do item, integridade da embalagem, temperatura, condições do veículo de transporte etc.; prazo de entrega; quantidade faturada; preço faturado e demais itens da nota fiscal, como CNPJ, número do lote etc.

A cada entrega efetuada é atribuída uma nota ao fornecedor, cujo desempenho geral corresponde à média das notas recebidas nas entregas realizadas no período considerado. O *software* apresenta um *ranking* de desempenho dos fornecedores.

Na avaliação de desempenho de fornecedores de serviços o principal critério considerado é a conformidade de toda a documentação entregue mensalmente pelo fornecedor por meio eletrônico, que inclui documentos legais de segurança do trabalho e documentos relativos ao cumprimento da legislação trabalhista.

Identificou-se um indicador específico para medir o sucesso de uma das iniciativas de gestão de relacionamento com fornecedores: apura-se a redução de custo obtida em cada item e em cada fornecedor participante do projeto de *vendor managed inventory* (VMI).

h. Desenvolvimento de fornecedores no Hospital B

O desenvolvimento de fornecedores é realizado pelos gestores de compras, em conjunto com os membros das comissões de padronização de materiais médico-hospitalares e de medicamentos. O entrevistado B2 menciona que há bastante foco neste trabalho e que são realizados contatos e visitas frequentes para desenvolver as capacitações de fornecedores.

4.4.2.5 Detalhamento de estratégias utilizadas para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

a. Relacionamentos com fornecedores estratégicos no Hospital B

Atualmente, há aproximadamente cinquenta fornecedores na classe A, da curva ABC. Em função da representatividade dos gastos realizados com tais fornecedores, todos são considerados estratégicos para o Hospital B, afirma o entrevistado B2. Assim, ele mantém relacionamento próximo com vários fornecedores da classe A. Eventualmente, realiza visitas a estes fornecedores e participa de eventos organizados por eles. Recentemente, após assumir a

direção de mais áreas na organização hospitalar, passou a ter menor tempo disponível para participar destas visitas.

Em geral, busca-se negociar com os fornecedores estratégicos para obter condições diferenciadas, em relação a preço, prazo de pagamento e condições de entrega. Baseado em sua experiência, o entrevistado B1 observa que quando se consegue concessões especiais no preço ou nas condições de pagamento, torna-se difícil negociar outros aspectos do fornecimento. Indica, também, que nas negociações de contratos de longo prazo, os fornecedores tendem a conceder descontos progressivos proporcionais ao aumento da quantidade de itens adquiridos.

No longo período que atuou como principal executivo do Hospital B, o entrevistado B1 somente se envolvia nas negociações de valor elevado com os fornecedores mais relevantes da classe A, ou na compra de equipamentos de alto custo. Disse que isto ocorria mais por causa de sua experiência pregressa como gestor de compras, do que pelo estilo de gestão do Hospital B. Nestas situações, quando o diretor da área de compras sentia que não tinha mais possibilidades de negociação, solicitava a ele que participasse da rodada final de negociação. Aí, ele se envolvia e acabava conseguindo um desconto, ou uma condição de pagamento especial.

Uma importante iniciativa que vem sendo adotada para melhoria de eficiência operacional e redução de custos, é o estabelecimento de relações colaborativas com diversos fornecedores estratégicos, que assumiram a responsabilidade pela gestão e reposição de muitos itens de estoque, com práticas de *vendor managed inventory* (VMI), descritas adiante.

O entrevistado B2 afirma que com determinados fornecedores estratégicos, há um relacionamento diferenciado, muito mais próximo. Além das relações normais de compra e venda, busca-se estabelecer uma relação mais estratégica, utilizando o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital B como alavancador, para compor parcerias com estes fornecedores. Há vários tipos de parcerias: os fornecedores podem participar do patrocínio de pesquisas no instituto, os pesquisadores do instituto podem realizar o desenvolvimento de novos produtos para o fornecedor, ou podem efetuar testes de produtos do fornecedor. É usual o envolvimento do Diretor Executivo e/ou do Diretor Geral do Hospital B nos relacionamentos com fornecedores participantes destas parcerias estratégicas.

Há, também, alguns relacionamentos de parceria com grandes fornecedores internacionais, como laboratórios farmacêuticos e fabricantes de equipamentos médicos. Muitas vezes, medicamentos que são lançados em países desenvolvidos da Europa e América do Norte, são testados simultaneamente no Hospital B.

Os fornecedores mais importantes de obras de infraestrutura são atendidos diretamente pelo entrevistado B2. Isto ocorre devido a conjuntura atual da organização, com vultuosos

investimentos em obras de ampliação, tema que desperta muito interesse e preocupação da diretoria e do conselho de administração da instituição mantenedora.

b. Firmar contratos de fornecimento de longo prazo

Como política geral, a direção da área de compras do Hospital B procura estabelecer contratos para todos os itens importantes adquiridos. Há muitos contratos de longo prazo, com fabricantes e distribuidores, incluindo contratos importantes com grandes empresas como Roche, Bristol, Novartis, dentre outras. Busca-se garantir estabilidade de preços, evitando oscilações nos preços dos itens, a cada compra, ou a cada mês.

Excetuam-se desta regra apenas itens em que há muitas opções de fornecimento, e compras esporádicas, casos em que as aquisições são realizadas através de uma plataforma eletrônica de compras. Mesmo nestes casos, evita-se comprar o mesmo item com periodicidade inferior a um mês.

c. Redução da base de fornecedores de OPME

O entrevistado B1 indica que características específicas do mercado fornecedor de medicamentos e OPME no Brasil, com grande quantidade de pequenos distribuidores, dificultam a gestão, estabelecimento de relacionamentos e contribuem para aumentar o custo de medicamentos e OPME. No caso de OPME, as questões de baixa escala de consumo, que decorre do predomínio de hospitais de pequeno porte que consomem pouca quantidade de materiais e de hospitais de médio porte que realizam poucas cirurgias, contribui para encarecer ainda mais os custos de OPME. Um dos fatores agravantes é a necessidade de instrumentação especial para a utilização de OPME, que na maioria das vezes requer a presença de um técnico do fabricante no ato cirúrgico, para disponibilizar a instrumentação e, eventualmente, apoiar a equipe médica no uso dos instrumentos e na aplicação dos dispositivos implantáveis. Uma alternativa para ajudar na redução de custos seria interromper o funcionamento de serviços de pequeno porte, para diminuir a quantidade de distribuidores.

Neste contexto, a estratégia adotada pelo entrevistado B2 para aquisição de OPME no Hospital B é reduzir a quantidade de fornecedores, tentar montar “pacotes” e melhorar as parcerias com os fornecedores que permanecerem. Atualmente, muitos itens de OPME são fornecidos na modalidade de consignação permanente, em que o fornecedor mantém o item em estoque no hospital e realiza o faturamento quando o item é utilizado.

No entanto, a maioria dos itens de OPME é adquirida pela modalidade de consignação temporária, em que ocorre a solicitação do item, realiza-se a cotação, autoriza-se o fornecedor

a entregar e é realizado o faturamento dos itens que foram utilizados. Tem-se como objetivo eliminar este tipo de aquisição, substituindo-a pelo estabelecimento de “pacotes”.

d. Relações colaborativas com fornecedores viabilizam implantação de VMI

Em meados de junho de 2017, vários fabricantes e distribuidores importantes de medicamentos e materiais médico-hospitalares, como Bristol, Johnson & Johnson, Mafra, Elfa e Cremer, dentre outros, assumiram a responsabilidade pelo controle de estoque e pela reposição dos itens que suprem ao Hospital B, utilizando-se práticas de *vendor managed inventory* (VMI). Segundo o entrevistado B2, eles são pioneiros na implantação desta iniciativa no setor hospitalar.

Um ano depois, em junho de 2018, havia 23 fornecedores engajados em contratos de VMI. São compartilhadas com os fornecedores as informações relativas aos perfis de consumo e de demanda de cada item suprido e os profissionais da área de logística do Hospital B definem os parâmetros de estoque mínimo, estoque alvo e estoque máximo, para cada item. O gerenciamento das atividades de VMI é efetuado por um *software* específico, desenvolvido pela empresa GTPlan, que realiza a integração entre o sistema ERP do Hospital B e os sistemas ERP dos fornecedores participantes da iniciativa, disponibilizando informações instantâneas sobre o consumo dos itens abrangidos no contrato de VMI. O fornecedor é responsável por acompanhar o consumo e realizar a reposição dos itens sob sua responsabilidade, determinando a periodicidade e a quantidade de itens a serem repostos, com o compromisso de garantir que o nível de estoque de cada item esteja sempre dentro dos parâmetros máximo e mínimo determinados pelos gestores do Hospital B.

O *software* de VMI disponibiliza um *dashboard* com indicadores por categoria de material (definidas na classificação pelos critérios ABC, XYZ, PQR e 123, anteriormente abordados), fornecedor e item, com informações de saldo de estoque, cobertura de estoque, nível de ruptura e risco de ruptura de estoque, dentre outras.

As iniciativas de VMI têm atingido ótimos resultados, comenta o entrevistado B2. Houve redução de custos de aproximadamente três milhões de reais, devido a diminuição dos níveis de estoque, além de decréscimo do nível de ruptura de estoque, simplificação de processos de gestão de estoque e redução da carga de trabalho na área de logística. Tudo isto contribui para a melhoria da eficiência operacional da organização hospitalar.

Baseado nesta experiência de sucesso, a empresa que desenvolveu o *software* de VMI alavancou seus negócios e, segundo o entrevistado B2, já comercializou este *software* com diversos hospitais.

e. Relações mais estreitas com fornecedores importantes viabilizam a implantação de novo modelo de remuneração na organização hospitalar

A alteração do sistema utilizado para remunerar os hospitais pelos serviços prestados, com a mudança do sistema *fee for service* para modelos de pagamento baseados em performance, é uma tendência global. As fontes pagadoras pressionam por esta mudança e a alta direção do Hospital B é favorável a que ela ocorra, acreditando que possa contribuir para melhoria na prestação de cuidados ao paciente e para redução de custos.

No entanto, conforme detalha o entrevistado B2, a mudança na forma de pagamento é um grande desafio enfrentado no mundo todo pelo setor hospitalar: estabelecer critérios para pagamento por performance é bastante complexo; tem sido utilizado diversos modelos para realizar o pagamento por performance e, mesmo nos países em que a implantação destes modelos encontra-se mais evoluída, a maioria dos atendimentos ainda é remunerada pelo sistema de *fee for service*.

A implantação de um modelo de remuneração por performance envolve estabelecer, com as fontes pagadores, preços padronizados para os procedimentos médicos realizados. Para que isto seja viável, torna-se necessário estabelecer preços padronizados de “pacotes” de itens utilizados nos procedimentos médicos, com fornecedores de materiais médico-hospitalares, medicamentos, OPME, dentre outros.

Negociar estes “pacotes” é uma das prioridades na agenda do entrevistado B2. Ele enfatiza que empreende muitos esforços nisto. Lidera negociações internas, com as equipes médicas, para determinar “pacotes” de itens utilizados em procedimentos médicos, como por exemplo, em cirurgias de coluna, quadril, joelho e vesícula biliar (colecistectomia). Busca aumentar a padronização dos materiais e medicamentos utilizados no hospital, reduzir a quantidade de fornecedores e consolidar volumes, para viabilizar a negociação de “pacotes” de itens com fornecedores. Menciona que, por meio do aprofundamento de relações com fornecedores importantes, já foram realizadas várias parcerias e negociados diversos contratos para estabelecer “pacotes” de itens, que possibilitaram iniciar a implementação de remuneração por performance com algumas fontes pagadoras.

f. Exemplo de iniciativa alinhada com as metas do *triple aim*

No início de 2018 o Hospital B foi a primeira instituição brasileira a utilizar uma plataforma avançada de suporte às decisões clínicas de prescrição de medicamentos, conforme divulgado por um órgão de imprensa especializada em gestão de saúde. Esta iniciativa foi

efetuada com o propósito de aumentar a segurança do paciente e prevenir a ocorrência de eventos adversos. O uso desta ferramenta possibilita ao médico consultar informações relacionados com uma determinada substância e verificar suas interações com outros medicamentos, resultados de exames clínicos etc., para apoiar na tomada de decisão de prescrição de medicamentos ao paciente. A efetividade das ações estratégicas da área de compras é demonstrada no depoimento do diretor de marketing da empresa fornecedora, de que a plataforma ajuda o Hospital B “a melhorar a qualidade do atendimento, reduzir custos e colocar o paciente no centro do cuidado”, mostrando o alinhamento com as metas do *triple aim*.

4.4.2.6 Outros processos e práticas adotados para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

a. Compras conjuntas com outros hospitais

O entrevistado B1 comentou que, no passado, o Hospital B participou de uma iniciativa de compras conjuntas que foi realizada por alguns hospitais associados da ANAHP. O volume de compras adquirido através desta modalidade era pequeno, porque o Hospital B tem bom poder de barganha e usualmente conseguia melhores condições, negociando diretamente com os fornecedores. Ele acredita que alguns fatores, como o reconhecimento internacional da excelência do Hospital B e a existência de muito médicos residentes no hospital, que tendem a se habituar com as marcas dos produtos médicos lá utilizados e usá-los ao longo de sua carreira profissional, contribuem para aumentar o interesse de alguns fornecedores em vender para o Hospital B, tornando-os mais flexíveis.

Recentemente, segundo o entrevistado B2, foi desenvolvida uma nova iniciativa de compras conjuntas entre hospitais membros da ANAHP, com a formação de um grupo denominado Grupo Avançado de Compra Conjunta (GACC). Com regras definidas em um acordo operacional e as negociações sendo conduzidas por um profissional contratado, sem vínculo com os hospitais participantes, obteve-se bons resultados neste grupo de compras. Um deles foi a negociação realizada com um fornecedor de luvas de látex, que possibilitou a importação direta das luvas pelos hospitais filantrópicos, obtendo-se economia significativa. Em junho de 2018 as atividades do GACC estavam interrompidas, aguardando autorização do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) para retomar as operações. O entrevistado B2 indica que há diversos desafios nas iniciativas de compra conjuntas e que a existência de características semelhantes entre os hospitais participantes é um fator-chave para o sucesso.

b. Administração de hospitais públicos pelo Hospital B

A instituição filantrópica mantenedora do Hospital B possui um instituto de responsabilidade social que apoiado na *expertise* em gestão hospitalar do Hospital B, por meio de parcerias com instituições públicas, administra cinco unidades de saúde pública, sendo três hospitais, um ambulatório médico de especialidades (AME) e um centro de reabilitação voltado ao atendimento de pessoas com necessidades especiais, que correspondem a 530 leitos, no total.

As aquisições necessárias à operação destas cinco unidades de saúde pública são realizadas por um grupo formado por quatorze profissionais, que inclui um gerente, dois coordenadores, compradores e assistentes, que se reportam ao entrevistado B2. Tais processos de compra são separados dos processos de aquisição do Hospital B e não fazem parte do escopo do presente estudo.

4.4.2.7 Dificuldades enfrentadas e benefícios obtidos com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

Na opinião dos entrevistados, foi indicado:

a. Dificuldades enfrentadas com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

Questionado sobre as principais dificuldades que enfrenta atualmente na gestão de relacionamento com fornecedores e de compras, o entrevistado B2 menciona:

- Dificuldades internas:
 - *Maverick buying*: apesar de ser de conhecimento de todos que somente o Departamento de Suprimentos pode realizar aquisições na organização, algumas áreas internas insistem em efetuar compras por conta própria, gerando alguns desgastes pelo descumprimento dos procedimentos estabelecidos na organização hospitalar;
 - A busca incessante por redução de custos constitui-se em uma grande dificuldade;
 - Tempo disponível para dedicar-se às atividades de compras foi reduzido: Nos últimos meses, em função do aumento das responsabilidades, tem tido menor disponibilidade para se envolver com mais profundidade com as atividades de compras. Continua mantendo contato frequente com as equipes, se envolvendo

nas principais negociações, porém, tem menor tempo disponível para pensar no desenvolvimento de melhorias e inovações para a área de compras;

- Dificuldades externas, com fornecedores:
 - Alguns fornecedores utilizam políticas comerciais complicadas e difíceis de entender. Em outras situações, fornecedores exclusivos tomam proveito de sua posição e determinam as condições que querem. Nestes casos, o entrevistado B2 disse que, com franqueza, coloca sua posição, mostrando que este tipo de postura inviabiliza estabelecer relações mais próximas. Quando isto ocorre, somente são estabelecidas relações convencionais de compra e venda.

Na percepção do entrevistado B1, existem as seguintes dificuldades sistêmicas:

- Enorme quantidade, diversidade e complexidade dos itens utilizados nas operações de hospitais universitários, cujo volume total varia entre 18 a 20 mil itens no Hospital B, e em hospitais universitários públicos com atuação intensiva em pesquisas, atingem em torno de aproximadamente 30 mil itens;
- Características específicas do mercado fornecedor de medicamentos e OPME no Brasil, que resultam em barreiras para gestão e desenvolvimento de relacionamentos.

b. Benefícios obtidos com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital B

Comparando com o passado, o entrevistado B2 avalia que hoje a área de compras é muito mais valorizada, é um parceiro de negócios das outras áreas da organização e exerce importante papel estratégico. Isto se reflete nas relações com os fornecedores: afirma que a área de compras e as demais áreas do hospital estão muito mais próximas dos fornecedores do estavam há pouco tempo atrás.

Nos últimos dois anos, foram estabelecidas muitas parcerias com fornecedores, menciona o entrevistado B2. Aproximadamente 50% das compras das categorias de materiais médicos, medicamentos e OPME passaram a ser efetuadas por meio de contratos. Comenta que houve muito trabalho para fechar estes contratos, mas, em contrapartida, os esforços resultaram no aprofundamento das relações com os fornecedores.

Conforme alguns exemplos apresentados, constata-se que a gestão de relacionamento com fornecedores está trazendo importantes contribuições para o Hospital B: a implantação de VMI ajudou a reduzir custos, melhorar a disponibilidade de itens de estoque, reduzir exposição a riscos de faltas de itens e otimizar processos logísticos, contribuindo para a melhoria de eficiência operacional e da qualidade de serviços ao paciente; a nova plataforma de suporte às

decisões clínicas auxiliou no aumento da segurança e na qualidade dos serviços prestados ao paciente; e as parcerias e contratos firmados com fornecedores de materiais médico-hospitalares, medicamentos e OPME viabilizaram iniciar a implantação de modelo de remuneração por performance e o desenvolvimento de um novo negócio de prestação de serviços de saúde corporativa.

Desta forma, verifica-se que gestão de relacionamento com fornecedores está trazendo contribuições importantes para o Hospital B alcançar objetivos estratégicos e gerar vantagens competitivas, com melhoria de competitividade e desenvolvimento de novos negócios.

Estudo de caso C

4.4.3 Estudo de caso C – Hospital de ensino universitário administrado por autarquia pública estadual (Hospital C)

Inaugurado em 1944, o hospital de ensino universitário focado no estudo de caso C constitui-se em uma autarquia pública estadual, mantida pelo Governo de Estado de São Paulo e associada a uma grande universidade estadual paulista, para desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência hospitalar. Ao longo de sua história, o Hospital C vem crescendo e se consolidando como um importante centro de excelência e como referência em suas áreas de atuação em ensino, pesquisa e assistência à saúde. Informações que constam em *websites* oficiais do Governo do Estado de São Paulo apontam o Hospital C como o maior complexo hospitalar da América Latina.

Ocupando uma área construída de 600 mil metros quadrados, localizada num bairro próximo da região central da cidade de São Paulo, o Hospital C possui 2500 leitos e caracteriza-se como um hospital geral de alta complexidade integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), como referência de nível terciário. As atividades de ensino, desenvolvidas no Hospital C envolvem aproximadamente 1400 alunos de graduação, 1600 alunos residentes e 1900 alunos de pós-graduação de cursos de mestrado e doutorado, matriculados na universidade estadual pública que administra o hospital, em cursos de diversas áreas da saúde, incluindo Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Na área de pesquisa existem 62 laboratórios de investigação, com 200 grupos de pesquisa e aproximadamente 1300 colaboradores.

O complexo hospitalar do Hospital C é constituído por oito unidades, ou institutos, conforme denominação adotada na instituição, incluindo o instituto central e sete institutos especializados no tratamento de psiquiatria, ortopedia e traumatologia, medicina física e reabilitação, pediatria, cardiologia, radiologia e oncologia. A realização das atividades e projetos do Hospital C são apoiadas por duas fundações, a seguir designadas como Fundação C1 e Fundação C2, ambas sem fins lucrativos e que têm exercido um papel muito importante no desenvolvimento do complexo hospitalar.

As unidades do Hospital C possuem diversas creditações por órgãos nacionais e internacionais, incluindo as certificações ISO 9001, OHSAS 18001 e ISO 14001 da unidade central, acreditação pela Joint Commission International (JCI) da unidade de oncologia e certificação ISO 9001 do instituto especializado em cardiologia.

4.4.3.1 O modelo de gestão estratégica e os pilares da gestão corporativa do Hospital C

Conforme divulgado nos Relatórios de Atividades do Hospital C referentes aos períodos do Quadriênio 2011-2014, 2015-2016 e 2016-2017, foi realizado em 2010 um evento na organização hospitalar com o objetivo de estabelecer uma visão estratégica para o desenvolvimento que a instituição almejava alcançar nos dez anos seguintes, correspondentes aos anos de 2011 a 2020. O evento contou com ampla participação de alunos, professores, profissionais das unidades do complexo hospitalar, representantes do governo e de outras instituições de ensino e de profissionais da mídia. Como resultado, foram definidas seis diretrizes norteadoras para o desenvolvimento do Hospital C:

- Integração de todo o complexo hospitalar, com o aprimoramento, valorização e integração dos processos de ensino, pesquisa e extensão;
- Humanização no atendimento e nas relações humanas;
- Sustentabilidade econômica e socioambiental, com o estabelecimento de governança e gestão participativas;
- Internacionalização, por meio da ampliação do intercâmbio de conhecimento com o exterior e de obtenção de reconhecimento internacional;
- Excelência no ensino nos cursos de graduação, pós-graduação, residência e extensão;
- Incorporação de novas tecnologias de ensino, pesquisa e assistência.

Estas diretrizes tornaram-se a base para todas as ações implementadas a partir de 2011, gerando um modelo mais moderno e participativo de administração, que consolidou-se nos anos seguintes, com mudanças significativas na cultura organizacional da instituição.

Passou-se a realizar um planejamento estratégico colaborativo ao final de cada ano, definindo as prioridades para o ano seguinte. Conforme detalhado no Relatório de Atividades 2016-2017 do Hospital C, no Planejamento Estratégico de 2017 foram definidos quatro eixos temáticos para priorizar as ações: sustentabilidade econômico-financeira, eficiência operacional, qualidade clínico-assistencial e regulação e fator humano.

Para o eixo temático de eficiência operacional foram determinados três projetos, sendo que um deles, a gestão de consumo e de custos de materiais e medicamentos, tem a área de compras como principal responsável pela implementação e gerenciamento.

A gestão corporativa do Hospital C é baseada em cinco pilares de atuação: (1) fator humano, (2) qualidade clínico-assistencial, (3) excelência operacional, (4) sustentabilidade econômico-financeira e (5) geração e difusão do conhecimento.

A área de compras tem participação na gestão corporativa da instituição, particularmente no segundo, terceiro e quarto pilares: uma das principais atribuições da gestão de compras, assegurar a qualidade adequada de todos os itens e serviços adquiridos no hospital, é fundamental ao desempenho das atividades do pilar de qualidade clínico-assistencial; aprimorar os processos de gestão de compras e de gestão de fornecedores contribuem para melhoria da excelência operacional, que corresponde ao terceiro pilar; e o desempenho da área de compras, conforme reconhecido nos relatórios oficiais do Hospital C, atuando com foco em ações para redução de custos, mostra-se essencial para o quarto pilar, a sustentabilidade econômico-financeira da organização hospitalar.

4.4.3.2 Importância estratégica, infraestrutura e capacitações dos profissionais da área de compras do Hospital C

a. Estrutura organizacional e infraestrutura da área de compras do Hospital C

A administração superior do Hospital C é constituída por três órgãos, Conselho Deliberativo, Superintendência e Diretoria Clínica. Com atuação corporativa e responsabilidade pelas atividades técnico-administrativas necessárias às operações do complexo hospitalar, a Superintendência é composta por dez núcleos, cada um deles com foco numa das seguintes áreas: infraestrutura e logística; econômico-financeira; direito; tecnologia de informação; planejamento e gestão; informações corporativas; engenharia e arquitetura hospitalar; comunicação institucional; gestão de pessoas e assistência à saúde suplementar.

A responsabilidade pela gestão de compras no Hospital C pertence ao Núcleo de Infraestrutura e Logística, que tem sua estrutura organizacional segmentada em quatro setores: compra de produtos, contratação de serviços, logística e equipe de suporte técnico. Os gestores responsáveis pelas três primeiras áreas mencionadas, assim como os dois membros da equipe de suporte técnico, reportam-se diretamente ao Diretor Coordenador do Núcleo de Infraestrutura e Logística. Para a realização deste estudo de caso foram entrevistados o Diretor Coordenador e todos os seus subordinados diretos, exceto o responsável pela seção de logística, cujas atividades não estão diretamente relacionadas ao escopo deste estudo.

A área de compra de produtos é liderada por uma gerente e composta por aproximadamente 50 funcionários. Quatro coordenadoras de células reportam-se à gerente.

Cada célula é constituída por 10 a 11 funcionários e tem foco específico na aquisição de materiais médico-hospitalares e OPME; medicamentos; laboratório e equipamentos de proteção individual (EPI); e nutrição e materiais diversos. A equipe de contratação de serviços é liderada por um diretor e conta com 14 funcionários. No setor de logística atuam quatro profissionais, que se envolvem principalmente com a gestão do centro de distribuição de materiais, operado por um prestador de serviços terceirizado, que atende ao complexo hospitalar. Na equipe de suporte técnico, atuam uma assessora especializada em assuntos regulatórios e um assessor especializado em inteligência em compras.

A estrutura de tecnologia de informação utilizada pela área de compras é composta por três sistemas de informação, sistemas Microsoft Dynamics, MV e Ilogix, que são descritos no item 4.4.3.3.a (páginas 273 e 274). Em relação ao passado, houve uma melhora significativa, mas a implementação ainda não foi totalmente concluída. Há um módulo do sistema de informação em processo de desenvolvimento e uma parte do fluxo de trabalho ainda é realizada em papel.

Os funcionários da área de compras do Hospital C trabalham em um prédio administrativo localizado nas dependências do complexo hospitalar. Os escritórios são amplos e há facilidade de acesso às unidades hospitalares. Adota-se *layout* celular para todas as seções. Apenas o diretor e os gestores responsáveis por compras de produtos e contratação de serviços trabalham em salas individuais. O complexo hospitalar é situado nas proximidades de uma estação de metrô e no entroncamento de importantes vias de acesso da capital paulista, facilitando contatos com fornecedores e o acesso dos funcionários.

b. Participação do principal gestor de compras na alta administração do Hospital C

Atuando com principal gestor da área de compras, o Diretor Coordenador do Núcleo de Infraestrutura e Logística reporta-se diretamente ao Superintendente e é membro da alta administração do Hospital C.

O Diretor Coordenador do Núcleo de Infraestrutura e Logística, a seguir designado como entrevistado C1, é graduado em engenharia elétrica e possui mestrado nesta mesma área de conhecimento. Possui aproximadamente 25 anos de atuação profissional, com principal ênfase no setor hospitalar, iniciada na área de engenharia clínica de hospitais privados, com transição posterior para as áreas de gestão de compras e logística. Assumiu a direção da área de compras do Hospital C em 2011.

c. Atuação estratégica da área de compras no Hospital C

Segundo o entrevistado C1, a alta administração do Hospital C, incluindo a Superintendência e o Conselho Deliberativo, reconhecem a importância estratégica da área de compras. Dentre outras responsabilidades, o setor de compras responde diretamente pela aquisição de materiais e serviços, que são os custos variáveis mais significativos de um hospital. Indica que os hospitais que ainda não enxergaram a importância da gestão de compras, enfrentam grandes dificuldades para sobreviver.

Desde 2013, afirma o entrevistado C1, a área de compras vem ganhando crescente reconhecimento e prestígio no Hospital C, conquistado pelo bom desempenho alcançado no período de crise que se perpetuou nos últimos anos. Como diretor da área, é convidado para participar em todas as reuniões estratégicas, tem autonomia para tomar todas as decisões importantes, como definição de frequência de registro de preços, determinação de políticas e regras para gerenciamento de estoques, além de ser envolvido na resolução de problemas sistêmicos e realizar apresentações para o Conselho Deliberativo do hospital. Enfatiza que somente em grandes hospitais privados a área de compras recebe este mesmo nível de reconhecimento.

Nos últimos anos não ocorreram reajustes na verba orçamentária destinada ao Hospital C e os esforços dos gestores de compras, por meio de diminuição de custos, controle de consumo e negociação de preços, foi essencial para manter inalteradas todas as operações do complexo hospitalar, além de conseguir melhorias nos serviços prestados pela área. Ressalta que só foi possível atingir este desempenho porque contou com o apoio da Superintendência da organização hospitalar.

Com longa vivência e profundo conhecimento da gestão da cadeia de suprimentos no setor hospitalar, o entrevistado C1 realiza uma análise comparativa entre a atuação estratégica da área de compras em hospitais públicos e privados.

Ele reconhece que alguns hospitais privados de grande porte conseguem gerar vantagens competitivas por meio da gestão de relacionamento com fornecedores. Afirma que com o estabelecimento de relações próximas com fornecedores estratégicos, os gestores de compras destes hospitais privados encontram alternativas para tornar alguns processos da cadeia de suprimentos mais eficientes e menos custosos. Como exemplo, menciona que com estratégias de aproximação com grandes indústrias farmacêuticas e seus distribuidores, eles conseguem: reduzir estoques e custos de medicamentos nacionais; otimizar processos de importação de medicamentos, diminuindo prazos e tributação de impostos; e trazer inovações que reduzem custos. Com outras categorias de fornecedores, utilizam seu poder de barganha para baixar

custos. Ressalta que as margens de lucro nos hospitais privados diminuíram muito, tornando o desempenho da área de compras fundamental para o sucesso das organizações hospitalares.

Exemplificando, o entrevistado C1 indica que o Hospital A e o Hospital B destacam-se pela compreensão da importância estratégica da função compras no setor hospitalar e pelas ações implementadas. Afirma que a maioria dos hospitais não atingiram este mesmo nível. Espontaneamente, relata a iniciativa pioneira do entrevistado A1, que liderou a primeira implantação de gestão estratégica de compras no setor hospitalar brasileiro, no início da primeira década dos anos 2000, no Hospital A.

No entanto, o entrevistado C1 lamenta a dificuldade que enfrenta para desenvolver trabalho semelhante em hospitais públicos, devido restrições impostas pela legislação de compras públicas. Indica, também, que a incompreensão de aspectos operacionais do setor hospitalar por parte dos órgãos fiscalizadores da administração pública, gera barreiras adicionais para redução de custos e melhoria de eficiência na cadeia de suprimento de hospitais públicos. Cita, como exemplo, que se for necessário realizar uma reunião com um fornecedor que venceu um pregão, para tentar melhorar aspectos operacionais do fornecimento, pode haver uma denúncia que leve o gestor a responder a um processo judicial. Frente ao risco de terem suas intenções mal interpretadas pelos órgãos fiscalizadores, os gestores de compras dos hospitais públicos ficam cerceados em suas ações de melhoria e muitas vezes optam por deixar que as coisas se resolvam nos pregões.

A análise dos relatórios de gestão dos últimos anos confirma que a área de compras vem exercendo um papel relevante no Hospital C. Referente ao ano de 2017, o Relatório de Atividades 2016-2017 destaca a importância da gestão de compras para manutenção da sustentabilidade econômico-financeira da instituição, indicando evolução na gestão de contratos de serviços de impressão, lavanderia e locação de equipamentos, assim como o aperfeiçoamento dos processos de gestão de compras, com a publicação de um Manual de Procedimentos Padronizados para Contratação de Bens, Serviços e Obras.

No Relatório de Atividades 2015-2016 são mencionadas várias contribuições da área de compras no âmbito das diretrizes estratégica de integração e sustentabilidade econômico-financeira, tais como: mudanças na organização do trabalho na área, com a implantação de células no departamento de compras de materiais e medicamentos e no departamento de contratação de serviços; iniciativas de inteligência em compras, conduzidas com foco em redução de custos e melhoria da eficiência operacional; centralização do gerenciamento de contratos de serviços corporativos, para maior integração entre as unidades do complexo hospitalar e melhor gestão dos diversos tipos de contratos com fornecedores; implantação de

sistema de *compliance* na área de compras, com agilização e redução de riscos de irregularidades nos processos internos; e implementação de uma central de operação para controlar as atividades de suprimentos e logística, com o propósito de aumentar a integração entre as unidades hospitalares e o centro de distribuição de materiais, operado por uma empresa terceirizada, que atende ao complexo hospitalar.

De modo análogo, há vários registros referentes ao quadriênio compreendido entre 2011 e 2014, indicando as contribuições provenientes da gestão de compras para o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos na organização hospitalar.

d. Formação acadêmica e capacitação dos profissionais de compras do Hospital C

Ocorrem situações distintas em relação à formação e capacitação dos profissionais da área de compras do Hospital C. Os funcionários que atuam nas posições gerenciais, em sua maioria, possuem experiência em organizações privadas do setor hospitalar e são contratados e pagos pela Fundação C1. Habitados a atuar no ambiente competitivo das organizações privadas e sem a garantia de estabilidade oferecida pelas organizações públicas, buscam desenvolver-se e manter-se atualizados, utilizando seus próprios recursos e agindo de modo autônomo. No ponto de vista do entrevistado C1, o fato de trabalhar dentro de uma universidade e conviver rotineiramente com docentes e outros profissionais bastante capacitados, ajuda e estimula as pessoas a se desenvolverem e a pensarem de forma diferente.

A maioria dos demais funcionários da área são contratados com a realização de concurso público e são admitidos com o cargo de oficial administrativo, que não exige curso superior. Após a admissão, vários funcionários procuram desenvolver-se e realizam curso superior. Na área de compras de produtos, aproximadamente metade da equipe possui formação superior. No entanto, muitos funcionários acomodam-se e não se esforçam para evoluir.

Desta forma, o modelo de contratação existente na instituição resulta em dificuldades para os gestores. Há servidores concursados que não possuem capacitação adequada para algumas atividades que são realizadas na área. Alguns servidores chegam a ter dificuldades para realizar conversão de unidades e, no passado, ocorreram equívocos devido a esse tipo de carência de conhecimento.

Para contornar essa situação, busca-se atribuir aos servidores melhores preparados, os cargos que demandam maior qualificação. Pode-se exigir formação superior, como critério para atribuição de cargo, como no caso da função de coordenação das células de compra.

A atribuição de cargos resulta no aumento da remuneração e é uma prerrogativa da gerência, que consegue oferecer um diferencial aos funcionários que apresentem melhor

desempenho no trabalho. Com o reconhecimento proporcionado por melhor salário e pela atribuição de maiores responsabilidades, procura-se motivar os servidores para buscarem melhor capacitação e aprimorar o desempenho nas atividades profissionais.

Quando ocorre a atribuição de um cargo, espera-se um período de adaptação e efetua-se uma avaliação. Caso o funcionário não atinja o desempenho esperado, ele é orientado sobre os pontos a serem melhorados. Após novo período, caso não sejam atingidos os resultados requeridos, o funcionário retorna para sua função anterior e atribui-se o cargo a outro funcionário. Os cargos atribuídos podem ser retirados, se o desempenho não for satisfatório, porém, não é possível demitir um servidor concursado que não apresentar desempenho aceitável.

Ocorrem casos de servidores desmotivados, que não comparecem assiduamente ao trabalho ou não se esforçam no desempenho de suas atividades. Os gestores buscam dialogar para corrigir estes comportamentos. Quando há possibilidade de reduzir a quantidade de pessoas, devido a automação de processos, procura-se identificar os funcionários com pior desempenho, que são colocados à disposição do setor de RH, para transferência para outras áreas da organização, onde possam encontrar maior motivação para o trabalho. No entanto, quando há necessidade de transferir um funcionário com desempenho deficiente e trazer um funcionário de outra área em seu lugar, ocorre uma negociação complexa com os gestores das outras áreas organizacionais.

Os gestores mencionam que não há recursos disponíveis para realização de treinamentos para capacitação da equipe. A alternativa existente é a participação em cursos promovidos por instituições públicas, quando são oferecidas vagas aos servidores de hospitais públicos.

Um dos gestores entrevistados ofereceu uma visão abrangente com relação à capacitação dos recursos humanos para trabalho na área de compras. Além de recursos para capacitação e treinamento, falta uma política de cargos e salários. Há vários anos os salários dos funcionários não são reajustados, causando desmotivação para o trabalho. Os salários pagos são baixos e não são oferecidos benefícios aos funcionários, não há plano de saúde, nem oferecimento de bônus por desempenho. Este contexto deixa os funcionários desestimulados e exige muito bom senso dos gestores para que consigam que as atividades sejam executadas com eficiência. Por outro lado, muitos servidores são acomodados e apesar da situação adversa, não se esforçam para adquirir novos conhecimentos que possibilitem a evolução profissional e melhoria das condições de vida.

e. Integração interna e externa e colaboração com fornecedores

A integração de todo o complexo hospitalar é uma das diretrizes estratégicas estabelecidas no Hospital C para o decênio 2011-2020. Consciente da importância da integração para o bom desempenho dos processos de cuidados aos pacientes, de gestão de compras e de gerenciamento de relações com fornecedores, a área de compras empreendeu ações, ao longo dos últimos anos, que resultaram em melhoria da integração interna e externa.

No âmbito interno da área de compras, a implantação de células de trabalho propiciou melhor integração entre os funcionários. A remoção das divisórias, que isolavam as equipes e desestimulavam o trabalho em equipe, diminuiu barreiras para comunicação e juntamente com o novo estilo de trabalho em células, estimulou as pessoas e as equipes a atuarem de forma integrada. Conforme comentários do entrevistado C1, com base nos resultados deste projeto, foi decidido retirar todas as divisórias das áreas administrativas do complexo hospitalar, para estimular a integração entre as pessoas.

A implantação das células também possibilitou maior integração externa, com outras áreas do complexo hospitalar. A formação de equipes especializadas para cuidar de determinadas categorias de produtos, contribuiu para maior aproximação das equipes de compras com as equipes médicas, de enfermagem, das áreas farmacêuticas, dos laboratórios e de outros setores do hospital.

O desenvolvimento de relacionamentos com as áreas internas tem contribuído para aumento da integração e na resolução de problemas. Conforme exemplificado pelo entrevistado C1, quando ocorre algum problema mais sério envolvendo medicamentos ou materiais médico-hospitalares, os gestores de compras entram em contato diretamente com o corpo clínico do hospital, principalmente com os médicos, para deixá-los cientes da situação e discutir possíveis alternativas para solucionar o problema. Comenta que os médicos sempre mostram-se interessados e indicam alternativas, facilitando a solução dos problemas.

Situação similar ocorre entre membros da alta administração. Em situações críticas, onde fornecedores passam a impor condições abusivas, o entrevistado C1 vai conversar diretamente com a Diretora Clínica do hospital, para expor a situação e solicitar apoio para o desenvolvimento de possíveis alternativas para substituição do item suprido pelo fornecedor que está gerando dificuldades. Comenta que mantém um relacionamento muito bom com a médica responsável pela direção clínica da instituição, que é sempre bastante receptiva às solicitações que ele apresenta.

A centralização das atividades de gestão de contratos de serviços corporativos também auxiliou na integração da área de compras com os institutos do complexo hospitalar. Outra

iniciativa importante foi a criação de uma central de operação para controle de atividades de compras e gestão de estoque, integrando as unidades do complexo hospitalar com o centro de distribuição de materiais.

Os novos sistemas de informação que foram implantados foram decisivos para aumentar a integração. Por exemplo, o desenvolvimento de um *workflow*, envolvendo as áreas de enfermagem e farmacêutica, ajudou no controle das etapas do processo de compras. Possibilitaram, também, melhor intercâmbio de informações e maior integração com fornecedores e com órgãos públicos, como a Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo.

No entanto, o estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores, em padrões similares aos praticados por hospitais universitários privados, é dificultado pelas restrições impostas pela legislação de compras públicas.

f. Escopo de atuação e responsabilidades da área de compras do Hospital C

Conforme anteriormente exposto, o escopo de atuação da área de compras do Hospital C abrange as oito unidades hospitalares que constituem o complexo hospitalar.

O documento Estrutura Organizacional e Papeis e Responsabilidades do Núcleo de Infraestrutura e Logística do Hospital C, que foi gentilmente cedido pelos gestores da instituição, detalha as responsabilidades dos quatro setores que constituem a área, que são resumidas a seguir.

Os setores de compras de produtos e de contratação de serviços tem como responsabilidade principal “realizar a aquisição dos produtos e serviços para o complexo hospitalar C, na quantidade e qualidade esperados, cumprindo os prazos e a legislação vigentes”.

O setor de logística é responsável por “evitar a ruptura no abastecimento, disponibilizando o produto no momento adequado, garantindo a qualidade da gestão dos estoques descentralizados”.

A equipe de suporte técnico tem a responsabilidade de “garantir que as aquisições do complexo hospitalar C sejam realizadas com maior vantagem, do ponto de vista econômico financeiro, trazendo oportunidades de negócio, alinhadas à legislação e aos requisitos esperados pelos institutos”.

4.4.3.3 Projetos de melhoria desenvolvidos pela área de compras no Hospital C

Como rotina na instituição, todos os anos são propostos e implementados projetos para melhoria de eficiência. Preferencialmente, os projetos devem ser concluídos até o final do ano.

Alguns projetos com prazo maior são aceitos, porém, necessitam efetuar entregas parciais no decorrer do ano.

Com base nas diretrizes estratégicas para o período 2011-2020, os focos prioritários nos últimos anos para os projetos foram otimizar os processos de trabalho da área de compras e melhorar a gestão de estoque. Mudanças nos processos de gestão de compras, com a implementação de células de trabalho e a utilização de novos sistemas de informação, contribuíram para melhorar a eficiência operacional, com redução de prazos dos processos licitatórios e melhoria no nível de serviço prestados às unidades do complexo hospitalar. As implantações de um centro de distribuição operado por um provedor de serviços logísticos com *expertise* no setor hospitalar, em conjunto com novos sistemas de informação, ajudaram a melhorar a gestão de estoque e a reduzir desvios e faltas de materiais nas unidades do complexo hospitalar. Discute-se a seguir a implantação destas melhorias, além de outras mais.

a. Melhorias nos sistemas de informação utilizados na área de compras

No início de 2014 foi mudado o sistema de informação utilizado na área de compras. Anteriormente havia um sistema desenvolvido internamente pela área de tecnologia de informação do hospital. O sistema antigo foi substituído por dois sistemas: sistema Dynamics, fornecido pela empresa Microsoft e sistema MV, fornecido pela empresa MV Informática, especializada no desenvolvimento de sistema de informação para organizações do setor de saúde.

O sistema Dynamics é utilizado para realização das compras e tem integração direta com os sistemas da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo, realizando a interligação automática com o Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras (Siafísico). Anteriormente, quando ainda era utilizado o sistema de informação desenvolvido internamente, havia a necessidade de transcrever todas as informações para o Siafísico, para cumprir os requisitos da legislação estadual.

Simultaneamente, foi implementado o sistema MV, utilizado para gestão de estoques e de consumo de itens em todos os institutos do complexo hospitalar. O sistema MV também realiza o gerenciamento de alguns aspectos médicos, como de prescrições eletrônicas de medicamentos e, em meados do segundo semestre de 2017, já estava operando em algumas unidades e em processo de implantação, em outros institutos.

O sistema Dynamics cuida de todos os aspectos transacionais das compras. Existe uma integração do sistema Dynamics com o sistema MV, que possibilita que a gestão do recebimento, estoque e consumo de materiais sejam realizadas no sistema MV. A implantação

destes sistemas resultou em melhoria na produtividade da área de compras, porém, ainda não foi totalmente concluída. O segundo módulo do sistema Dynamics encontra-se em implementação e parte do fluxo dos processos de trabalho ainda é realizada em papel.

Existe, ainda, um terceiro sistema de informação denominado sistema Ilogix, que opera integrado aos demais sistemas de informação e disponibiliza dados que auxiliam nas atividades de gestão de estoque e priorização de itens para compra.

b. Melhorias na gestão de estoque e na priorização de itens para compra

O Hospital C possui um centro de distribuição, operado por um provedor de serviços logísticos especializado no setor hospitalar. Interligado aos sistemas Dynamics e MV, o sistema Ilogix consolida dados do centro de distribuição e de todas as unidades hospitalares, para disponibilizar as seguintes informações, de cada item existente no estoque: valor unitário; consumo médio diário; quantidade de unidades disponíveis no estoque do centro de distribuição; quantidade de unidades disponíveis nos estoques das unidades hospitalares; e quantidade de unidades empenhadas e ainda não entregues pelo fornecedor.

Dispondo destas informações, pode-se calcular os indicadores de cobertura e de alcance do estoque. O indicador de cobertura informa quantos dias de operação são cobertos pelo estoque físico existente nas unidades hospitalares e no centro de distribuição. O indicador de alcance informa quantos dias de operação são cobertos pelo estoque físico mais a quantidade de unidades empenhadas e que ainda não foram entregues pelo fornecedor. Tais informações possibilitaram aprimorar os parâmetros adotados para gestão de estoque e para priorização da compra dos itens de estoque utilizados no Hospital C.

c. Implantação de células de trabalho na área de compras

Até meados de 2015, segundo detalhado pela entrevistada C2, o trabalho no setor de compras de produtos era organizado em cinco etapas, com equipes distintas responsáveis por:

- Cuidar da abertura dos processos de aquisição e do empenho, correspondentes ao início e ao final do processo;
- Efetuar os processos referentes às modalidades de aquisição por dispensa de licitação, exclusividade e convite BEC;
- Realizar os processos de obtenção de preços de referência;
- Cuidar da elaboração e publicação de editais;
- Realizar o pregão e a licitação, propriamente dita.

Todas as equipes trabalhavam com todos os tipos de itens, indistintamente. Existia concorrência entre os diversos tipos de materiais na priorização e execução das compras. Havia muita morosidade e a equipe que respondia pela falta de produtos, não tinha como controlar o processo, como um todo.

Ocorriam conflitos entre as equipes responsáveis por planejamento de compras e pela realização das compras. As duas equipes trabalhavam em salas separadas e não havia diálogo entre as pessoas. Buscando melhorias, efetuou-se um projeto piloto para compras de medicamentos, juntando as equipes de planejamento e de realização de compras. A experiência foi bem-sucedida e, paulatinamente, foram sendo incorporadas outras equipes e atividades ao grupo de compras de medicamentos, que tornou-se a experiência pioneira para a adoção do sistema de células de trabalho.

Uma visita de *benchmarking* às células de trabalho da área de manufatura da empresa Johnson & Johnson, onde havia ocorrido uma implantação bem sucedida de *lean manufacturing*, ajudou a convencer os gestores de compras do Hospital C a organizar o trabalho no sistema de células na área de compras.

Para a implantação de células de trabalho houve a necessidade de efetuar mudanças no *layout* da área. Foram removidas as divisórias e adquiridos novos móveis de escritório, adequados à organização do trabalho no formato de células. No começo houve resistências de algumas pessoas, que posteriormente foram superadas. O novo *layout* auxiliou a melhorar a produtividade e aumentar a integração entre os funcionários da área.

Existem atualmente quatro células de trabalho, especializadas em:

- Medicamentos;
- Materiais médico-hospitalares e OPME;
- Laboratório e EPI;
- Nutrição e todos os demais itens adquiridos no complexo hospitalar, tais como MRO, impressos, materiais de escritório, materiais de higiene e limpeza etc.

Cada equipe é composta por 10 a 11 pessoas e é liderada por uma coordenadora, que se reporta à gerente da área (entrevistada C2).

Inicialmente, as coordenadoras das células trabalhavam juntas de suas equipes. Verificou-se que passou a haver competição entre as células, diminuindo a colaboração entre os times das diferentes células. Então, efetuou-se nova mudança no *layout*, mantendo as coordenadoras no mesmo espaço físico das equipes, sem nenhuma divisória, porém, as quatro

coordenadoras passaram a trabalhar juntas, lado a lado. Isto resultou em maior cooperação e integração entre as equipes.

O entrevistado C1 indica que há dois indicadores principais para medir o desempenho das células de compras: percentual de itens com registro de preços de itens da classe A, que é calculado dividindo a quantidade de itens adquiridos sob ata de registro de preço pela quantidade total de itens da respectiva categoria de compra; e o índice de inflação específico de cada célula de compras.

d. Padronização de editais agiliza processos

Com o apoio dos profissionais da Procuradoria de Justiça, foram desenvolvidos modelos de editais padronizados para os itens comumente licitados no Hospital C, seguindo jurisprudência da Procuradoria Geral da República. Assim, para emissão de editais de licitação padronizados não é necessário obter parecer jurídico, trazendo maior agilidade aos processos licitatórios.

e. Redução de custo de medicamentos

Todos os anos, sobre o patrocínio da Superintendência, são desenvolvidos projetos transversais, envolvendo diversas áreas da organização hospitalar. Um dos projetos transversais realizados concentrou-se na diminuição de custo de medicamentos, com foco na revisão de processos. Ocorreu o envolvimento de médicos, enfermeiros e da equipe de compras e foram obtidos bons resultados.

4.4.3.4 Processos para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital C

Nos levantamentos realizados, constatou-se a implementação no Hospital C de diversos processos de gestão de relacionamento com fornecedores definidos no *framework* desenvolvido, os quais são descritos a seguir.

a. Estabelecimento de estratégia e política para gestão de compras no Hospital C

As políticas e estratégias adotadas para gestão de compras no Hospital C seguem rigorosamente os termos estabelecidos na Lei 8666/93 e são abordadas nos próximos itens.

A legislação de compras públicas impõe restrições que impedem o uso de estratégias diferenciadas para gestão de compras e de relações com fornecedores, semelhantes às adotadas nos hospitais universitários privados anteriormente estudados.

b. Padronização de materiais e medicamentos no Hospital C

Conforme informações obtidas com a entrevistada C4, que atua há 19 anos na instituição e assessora a diretoria da área de compras em assuntos regulatórios, a reponsabilidade por efetuar a padronização de materiais e medicamentos pertence a cada uma das unidades hospitalares do complexo. Cada instituto tem seu próprio comitê, responsável por definir critérios e elaborar as especificações técnicas de materiais médico-hospitalares e medicamentos.

A entrevistada C4 apoia os profissionais da área de compras para verificar se as especificações estão adequadas, se permitem ampla concorrência entre os fornecedores e se estabelecem os requisitos técnicos com precisão. Quando necessário, são realizados contatos com os responsáveis dos institutos para solicitar que sejam efetuadas eventuais adequações nas especificações técnicas.

c. Segmentação de materiais, serviços e fornecedores no Hospital C

Utiliza-se a curva ABC para classificação de todos os itens adquiridos no Hospital C. Leva-se em consideração o dispêndio total anual com cada item adquirido no complexo hospitalar para determinar sua classificação nas classes A, B ou C.

No Hospital C utilizam-se parâmetros diferentes dos usualmente adotados para construção de uma curva de Pareto. Os critérios utilizados para a classificação ABC derivam dos parâmetros definidos na Lei 8666/93 para determinar as modalidades de aquisição de itens. Assim, todos os itens com dispêndio total anual superior a R\$ 80 mil são classificados na classe A, todos os itens com dispêndio anual superior a R\$ 8 mil e menor ou igual a R\$ 80 mil são classificados na classe B e todo os itens com dispêndio total anual menor ou igual a R\$ 8 mil são classificados na classe C.

Desta forma, os itens da classe A somente podem ser adquiridos por pregão, os itens da classe B podem ser adquiridos na modalidade convite ou por pregão e os itens classe C são comprados por dispensa de licitação, pela Fundação C1. Eventualmente, alguns itens da classe C podem entrar na composição de processos de licitação por pregão, juntamente com itens de maior valor. As características de cada modalidade de aquisição são discutidas no item 4.4.3.3.e (páginas 280 a 283).

O Quadro 4.9 apresenta um resumo da classificação ABC dos materiais comprados no Hospital C, indicando percentuais de quantidade e de valor de cada classe, com as respectivas modalidades de aquisição.

Classe	Quantidade de itens	Porcentual quantidade itens	Valor financeiro itens (R\$ x mil)	Porcentual em valor dos itens	Modalidade de aquisição
A	683	15%	233.244	84%	Pregão
B	1.437	31%	41.359	15%	Convite ou pregão
C	2.504	54%	3.983	1%	Dispensa de licitação ou pregão
Total	4.624	100%	278.586	100%	—

Fonte: informações obtidas com o entrevistado C1

Quadro 4.9 – Classificação ABC dos materiais comprados no Hospital C

Na visão do entrevistado C1, todos os itens da Classe A da curva ABC são estratégicos, independentemente do tipo de item ou da dificuldade de obtenção.

Todas as compras realizadas no hospital são auditadas de maneira eletrônica pela Auditoria Eletrônica de Órgãos Públicos²⁶ (AUDESP), implantada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. As informações são transferidas eletronicamente para o sistema da AUDESP e, segundo o entrevistado C1, os auditores vão imediatamente ao Hospital C, em caso de qualquer suspeita de irregularidade.

Não é realizada a classificação XYZ para os itens utilizados no Hospital C. Conforme informações do entrevistado C1, tentou-se efetuar essa classificação, porém, ocorreram situações em que um mesmo item foi classificado de forma diferente, em diferentes unidades do complexo hospitalar. Então, optou-se por não dar andamento para a classificação XYZ no sistema de informação, aguardando um momento mais propício para retomar a discussão e elaborar a classificação.

A entrevistada C2 afirma que há em seu setor, algumas planilhas com a classificação XYZ no software Microsoft Excel, elaboradas por alguns institutos do complexo hospitalar. Faz uso eventual destas planilhas para priorizar aquisição de itens, em função de seu nível de criticidade para as operações da unidade hospitalar.

Não é realizada segmentação de fornecedores no Hospital C.

²⁶ De acordo com Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (2018), a AUDESP foi criada com o objetivo de “aprimorar os procedimentos de coleta de dados e informações dos órgãos fiscalizados, buscando maior agilidade nos trabalhos, aumento da qualidade dos dados e como consequência natural, o cumprimento da missão constitucional de fiscalizar e controlar as contas públicas paulistas [...]”.

d. Seleção de fornecedores no Hospital C

Há alguns requisitos básicos que os fornecedores devem atender para participar dos processos licitatórios realizados no Hospital C, incluindo inscrição no Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado de São Paulo (CAUFESP) e abertura de conta no Banco do Brasil. Para cada tipo de item adquirido há critérios específicos definidos pelas áreas responsáveis, que são incluídos no edital e devem, obrigatoriamente, ser cumpridos pelas empresas fornecedoras.

Nos hospitais universitários públicos, em função da legislação de compras públicas, não é possível a homologação de marcas de materiais médico-hospitalares ou de medicamentos, procedimentos usuais em hospitais universitários privados. As especificações são realizadas de forma criteriosa, porém, sem estabelecer vínculos a nenhuma marca ou fabricante, possibilitando ampla participação e concorrência entre fornecedores.

Caso a marca do item ofertada pelo fornecedor vencedor de uma determinada licitação não tenha sido aprovada anteriormente no Hospital C, o fornecedor envia uma amostra para testes e a aquisição do item fica vinculada à aprovação da amostra nos testes.

Após a entrega da amostra pelo fornecedor o pregão é suspenso e aguarda-se o resultado dos testes. Caso a amostra seja aprovada, o pregão é encerrado e adquire-se o item do fornecedor. Em caso de reprovação, o pregão é reaberto e se a marca ofertada pelo segundo colocado no pregão não for aprovada, repete-se o mesmo processo de teste de amostra. Este procedimento é realizado sucessivamente, para garantir que o item ofertado atenda adequadamente aos requisitos de qualidade estabelecidos no hospital.

Algumas vezes, há demora das áreas hospitalares para realização de testes, atrasando o fechamento dos pregões e podendo gerar riscos de falta do item, devido ao consumo de todo o estoque existente, em caso de demora excessiva para concluir os testes. Normalmente, este problema é contornado devido à presença diária de enfermeiras de várias áreas hospitalares no setor de compras. Busca-se solicitar a ajuda delas para priorizar a realização dos testes junto aos médicos. Os contatos são sempre realizados com as enfermeiras, que recebem as amostras e as levam para as áreas hospitalares, para serem testadas.

A entrevistada C2 ressalta as vantagens dos hospitais privados em relação aos públicos, que podem exigir que os fornecedores obtenham a homologação prévia de seus produtos, para participar dos processos de aquisição, tornando-os mais ágeis e objetivos. Em função das restrições impostas pela lei 8666/93 não é possível utilizar esse mesmo procedimento nos hospitais públicos.

e. Contratação de fornecedores no Hospital C

Para abordagem da contratação de fornecedores no Hospital C, discutem-se dois temas principais: as modalidades de compra utilizadas para contratação de fornecedores de produtos e de serviços e os procedimentos utilizados para contratação de fornecedores de serviços.

Modalidades de compra utilizadas no Hospital C

A maior parte das informações relacionadas a este tema foram obtidas em entrevista realizada com a Gerente de Suprimentos e Compras, denominada como entrevistada C2, que é responsável por gerenciar todas as aquisições de produtos, que abrangem materiais médico-hospitalares, medicamentos, equipamentos e demais materiais necessários às operações de todas as unidades do complexo hospitalar.

A entrevistada C2 possui graduação em fisioterapia, pós-graduação em administração hospitalar e, no segundo semestre de 2017, cursava mestrado profissional em gestão da cadeia de suprimentos. Anteriormente, trabalhou no setor privado, em vendas de materiais descartáveis hospitalares, antes de iniciar sua atuação na área de compras do Hospital C.

Em conformidade com os requisitos da Lei 8666/93, são definidas no Hospital C as seguintes modalidades de compra:

- **Modalidade pregão**

Qualquer tipo de item, de qualquer valor, pode ser adquirido por meio da realização de pregão. Utilizam-se dois tipos principais de pregão:

- Pregão de aquisição: compra-se uma determinada quantidade e pode-se programar a entrega em diferentes datas;
- Pregão de registro de preço: compra-se uma quantidade estimada, assina-se a ata de registro de preço e a quantidade efetivamente adquirida pode chegar até a quantidade estimada, no máximo.

Há menor compromisso da instituição na aquisição da quantidade estabelecida em um pregão de registro de preços, relativamente a um pregão de aquisição. No pregão de aquisição há efetivamente o compromisso de aquisição de toda a quantidade estabelecida no empenho.

Em situações onde ocorre instabilidade de preços no mercado, busca-se realizar o registro de preços pelo prazo de quatro a seis meses, para posteriormente tentar a prorrogação para o período de até um ano. Em condições normais de mercado, é realizado o registro de preço pelo prazo de um ano. Quando não é possível realizar o registro de preços, opta-se pela realização de um pregão de aquisição. Os passos utilizados para pregão de registro e pregão de aquisição são exatamente os mesmos. O certame, também, é exatamente igual.

Em torno de 94% dos itens da classe A são mantidos sob ata de registro de preços, efetuando empenho de 15 em 15 dias. Os novos processos licitatórios são iniciados seis meses antes da data de vencimento da ata de registro de preços e normalmente há prazo suficiente para fracassar uma licitação, aumentando as possibilidades de negociar melhores condições com os fornecedores, com riscos baixos de falta de produtos.

Pregão é a modalidade de compra preferencial utilizada no Hospital C. Dados históricos indicam que acima de 90% do valor total das aquisições são realizadas por pregão. O prazo mínimo que se consegue fechar uma licitação na modalidade pregão é de 90 dias e tem-se 130 dias como o prazo médio do ciclo de realização de pregões.

- **Modalidade convite**

São utilizados dois tipos de convite, eletrônico e presencial.

Para aquisição de materiais e medicamentos utiliza-se somente convite eletrônico, por meio da plataforma da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC), denominado convite BEC. Para a aquisição de serviços, como de obras, pode ser utilizado convite presencial.

A modalidade de aquisição por convite somente pode ser utilizada para itens cujo valor total de aquisição seja inferior a R\$ 80 mil, por ano. Podem ser realizados vários processos de aquisição via convite BEC para um mesmo item, em um determinado ano, desde que a soma total dos valores de todos os processos não ultrapasse a R\$ 80 mil, no prazo de um ano.

As operações na Bolsa Eletrônica de Compras são diferentes dos pregões. Na BEC, o fornecedor registra um preço e não há etapa de lances, como ocorre nos pregões. O preço válido é aquele inserido pelo fornecedor em sua proposta. Cada fornecedor insere seu preço e no final, é feita a aquisição do fornecedor que ofereceu o menor preço.

- **Modalidade dispensa de licitação**

A aquisição por dispensa de licitação é abordada no artigo 24 da lei 8666/93. O artigo 24 prevê várias possibilidades para dispensa de licitação.

Conforme previsto na cláusula 24.2, pode-se efetuar aquisição com dispensa de licitação para itens cujo valor total anual de compra seja inferior a R\$ 8 mil. Para realizar compras nesta modalidade, deve-se obter ao menos três cotações, de três empresas diferentes e efetua-se aquisição da empresa que oferecer o menor preço. Neste caso, não há necessidade de elaboração de edital.

A obtenção de propostas de fornecedores é realizada através da plataforma de compras Bionexo ou por meio de envio de um e-mail aos fornecedores do item.

Em algumas situações especiais, é possível realizar a aquisição de itens com dispensa de licitação, independente de valor. Em qualquer dos casos é sempre necessário estar devidamente embasado e apresentar justificativas adequadas.

A cláusula 24.4 estabelece critérios para compras de emergência com dispensa de licitação. Somente pode-se enquadrar como emergência, caso tenha havido um pregão fracassado e ocorrer, por exemplo, perigo de morte de um paciente por falta de medicamentos ou de um determinado produto. Há necessidade de demonstrar que existe uma situação calamitosa e que não foi possível fazer a aquisição do item necessário pela modalidade de pregão. A entrevistada C2 explica que pode-se adquirir um item da curva A pela dispensa de licitação enquadrada no item 24.4, porém, sua ocorrência é bastante esporádica.

A cláusula 24.5 pode ser utilizada quando houve a licitação, porém, deu "deserto", ou seja, não houve a presença de fornecedores para participar do pregão. Então, mostra-se que existe um fornecedor que pode suprir o item, que não participou da licitação, e mediante essa justificativa realiza-se aquisição deste fornecedor, utilizando-se a dispensa de licitação amparada pelo item 24.5.

A cláusula 24.12 aplica-se para aquisição de itens perecíveis, com dispensa de licitação. Adota-se procedimento similar ao descrito anteriormente, para a cláusula 24.5.

Existem outras possibilidades de aquisição por dispensa citação previstas na lei 8666/93, porém, as que foram mencionadas são utilizadas com maior frequência no Hospital C.

- **Modalidade de aquisição por inexigibilidade ou exclusividade**

O artigo 25 da Lei 8666/93 prevê que nos casos onde exista um único fornecedor para um determinado produto, pode-se efetuar a compra por inexigibilidade. Porém, faz-se necessário que o fornecedor obtenha um atestado de exclusividade, emitido pelos órgãos competentes, que comprove a condição de fornecedor único. Nestes casos adquire-se diretamente deste fornecedor, sem limite de valor e sem realizar processo licitatório.

- **Obtenção de preço de referência**

Nas modalidades de compra por pregão e convite BEC existe a necessidade de realizar a pesquisa de preços, para determinação do preço de referência do item a ser adquirido. Para levantar o preço de referência é necessário:

- Obter o último preço pago pelo item, no sistema de informação do Hospital C, que pode ser reajustado pela taxa de variação da inflação;
- Realizar consultas aos diversos *websites* que informam preços pagos por instituições públicas em diversos estados da União;

- Solicitar cotação de preços às empresas fornecedoras do item. É enviado um *e-mail* para o fornecedor solicitando a cotação de preços e, em caso de demora no retorno, efetua-se uma ligação telefônica para cobrar o envio da cotação de preços. Usualmente, as empresas cotam preços superiores ao que pretendem ofertar no pregão.

Para estabelecer o preço de referência, adota-se o menor preço dentre todos os preços obtidos nas três formas de pesquisa mencionadas.

Existem algumas exceções a esta regra: em caso de ter ocorrido fracasso no pregão, usualmente eleva-se o preço de referência; e em situações onde o item foi adquirido pela modalidade de convite BEC, em que ocorreu uma compra *spot*, pode ser que haja dificuldade em conseguir o mesmo preço em um pregão de registro de preços, no qual o fornecedor deve assumir o compromisso de suprir o produto a preço fixo, pelo prazo de um ano, verificando-se a eventual necessidade de elevar ligeiramente o preço de referência.

- **Negociações diretas com fornecedores**

Excluindo as negociações realizadas durante os pregões via *chat*, em que o pregoeiro busca obter o mínimo preço, abaixo do valor de referência, ocorrem negociações diretas com fornecedores em duas situações: nos casos de aquisições com dispensa de licitação e de compras com exclusividade. Nestes dois casos, o comprador pode interagir com o fornecedor buscando melhores condições comerciais para aquisição dos itens.

- **Obrigatoriedade de aquisição de pequenas e médias empresas**

A entrevistada C2 explica que, conforme requisitos atuais da legislação de compras públicas, para licitações de valor inferior a R\$ 80 mil, o primeiro edital aberto é direcionado apenas a pequenas e micro empresas. Caso este edital venha a fracassar, pode-se realizar uma nova licitação, abrindo para ampla concorrência, com a participação de empresas de qualquer porte. Menciona, também, que para editais superiores a R\$ 80 mil, uma porcentagem do valor a ser comprado é direcionado para aquisição de pequenas e médias empresas.

Contratação de serviços no Hospital C

As informações sobre o processo de contratação e gestão de contratos com fornecedores de serviços foram obtidas com o Diretor da Unidade de Controle de Contratos, a seguir designado como entrevistado C3. Ele possui graduação e pós-graduação em nível de especialização em administração de empresas, mais de 30 anos de experiência profissional, incluindo 18 anos na área de controladoria em instituições financeiras internacionais, atuação

em fundações públicas e em órgãos reguladores na área da saúde. Atua há mais de oito anos no Hospital C.

Na área de contratação de serviços trabalham 15 profissionais, incluindo o diretor da área, sendo que 12 são servidores públicos, dois são contratados pela Fundação C1 e um é funcionário comissionado. Há na seção, pelo menos duas pessoas capacitadas para realização de cada tipo de atividade, para evitar-se descontinuidade na eventual ausência de algum funcionário.

Existem três áreas principais envolvidas no processo de gestão de contratos de serviços:

- Área solicitante do serviço ou gestor do contrato: dá início ao processo, com emissão da requisição para a contratação do serviço. Tem a responsabilidade de preparar o memorial descritivo para a prestação do serviço, denominado no Hospital C como termo de referência, necessário para a elaboração do edital e demais etapas da contratação do serviço;
- Área de contratação de serviços: instrui o processo de contratação, até a formalização final do contrato com o fornecedor vencedor da licitação;
- Áreas de apoio: instruem o processo, avaliam, emitem parecer e oferecem apoio técnico e operacional ao gestor do contrato. Este papel é exercido, principalmente, pelas áreas jurídica, financeira e de engenharia do Hospital C.

São definidas cinco etapas do ciclo de vida dos contratos de prestação de serviços:

- (1) Pré-contratação: inicia-se quando a área solicitante define sua demanda pela aquisição de um determinado serviço, seguida pela definição dos requisitos técnicos do objeto do contrato.
- (2) Contratação: inclui os procedimentos internos para o rito de formalização do contrato, a realização do pregão, elaboração da minuta contratual com a determinação dos aspectos técnicos, financeiros e jurídicos e é concluída pela assinatura do contrato.
- (3) Pré-execução: período compreendido entre a assinatura e o início da prestação dos serviços, envolvendo o planejamento da execução técnica e administrativa do contrato, a formalização da responsabilidade dos envolvidos, com a definição do servidor responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do contrato, além de determinações relacionadas à organização do acervo documental.

- (4) Execução: fase de maior duração do ciclo de vida do contrato, que envolve o acompanhamento e controle do contrato, vistorias, medições e demais atividades previstas nos documentos contratuais, realizadas até o final da vigência.
- (5) Encerramento: com a expiração do prazo de validade do contrato, é realizada a verificação de que todos os eventos previstos foram realizados e os registros foram devidamente documentados.

As principais atividades das etapas de pré-contratação e contratação de serviços são abordadas a seguir.

- **Etapas de pré-contratação**

O processo da contratação de um novo serviço ou a prorrogação de um contrato de prestação de serviços, se inicia com o envio pela área solicitante de um conjunto de documentos, que inclui a requisição do serviço, o termo de referência para a prestação do serviço, as devidas aprovações que confirmem a disponibilidade de verbas orçamentárias para a contratação, além de três cotações, no mínimo, para a prestação do serviço. Um grupo de três pessoas da área de gestão de contratos se incumbem de cuidar desta etapa inicial do processo.

A mesma equipe realiza um acompanhamento do prazo de vigência de todos os contratos de prestação de serviços existentes no Hospital C. Um ano antes do prazo de vencimento do contrato, a líder da equipe envia um *e-mail* para o gestor do contrato informando a data em que ocorrerá o vencimento do contrato e questiona se existe interesse na continuidade da prestação do serviço. Havendo interesse, é agendada uma reunião e concede-se o prazo de até 90 dias para que seja entregue pela área solicitante o termo de referência e demais documentos anteriormente mencionados.

Conforme comentários do entrevistado C3, há situações em que as áreas solicitantes demoram para entregar a documentação necessária para preparação do edital e realização do pregão. Por essa razão, tem-se como rotina solicitar informações aos usuários com um ano de antecedência da data de vencimento do contrato de serviço. Mesmo assim há situações, devido a atrasos de algumas áreas solicitantes na entrega de documentos, que chega-se a correr risco de não atender ao prazo limite para contratação do serviço, com graves consequências para a continuidade da prestação do serviço, além da possibilidade de penalizações aplicadas pelos Tribunais de Justiça, por descumprimento da legislação. Para mitigar riscos, é realizado um monitoramento permanente de todos os contratos que irão vencer nos próximos 90 dias.

Após receber a documentação, consulta-se a área financeira para confirmar a disponibilidade de verbas orçamentárias para contratação dos serviços. Com a confirmação da

disponibilidade e reserva da verba pela área financeira, inicia-se o processo de contratação do serviço.

- **Etapa de contratação dos serviços**

São realizadas reuniões com representantes da área solicitante do serviço para discussão do termo de referência. Funcionários da área de gestão de contratos analisam o termo de referência, para identificar a eventual necessidade de complementação de informações ou de efetuar ajustes. Verificam as cotações enviadas pela área solicitante e, caso necessário, atualizam as mesmas. Discutem com os solicitantes do serviço para a identificação de potenciais empresas a serem consultadas para obtenção de cotações adicionais.

São sempre necessárias o mínimo de três cotações, sendo que, conforme o entrevistado C3, quanto maior a quantidade de cotações, melhor fica o estabelecimento do referencial de preços para o processo licitatório. Considera-se como o preço referencial para o processo licitatório, o menor preço entre as cotações obtidas junto aos fornecedores e o preço reajustado do contrato vigente.

Um outro grupo de funcionários efetua a elaboração do edital, prevendo o atendimento de todos os requisitos legais pertinentes a cada tipo de serviço. Nestas atividades, contam com o importante apoio da entrevistada C4, que possui conhecimento aprofundado com relação a tais questões.

Em seguida, seguem-se os trâmites legais para aprovação da equipe responsável pelo pregão e para marcação da data de realização do pregão. Qualquer empresa cadastrada no CAUFESP pode participar do pregão, desde que cumpra os requisitos estabelecidos no edital. Comumente é exigido no edital que o fornecedor apresente um atestado de capacidade técnica que comprove experiência na prestação de serviços congêneres. Como rotina são realizadas diligências para confirmação da veracidade do atestado e das informações prestadas pelo fornecedor. É usual, também, tornar obrigatório no edital que a empresa participe de uma visita técnica ao local da prestação de serviço, numa das unidades do Hospital C. Após solicitação do fornecedor, ocorre agendamento para a realização da visita técnica, que é devidamente documentada, possibilitando ao fornecedor comprovar que participou da mesma, para estar habilitado para participação no pregão.

Após determinação da data do pregão, funcionários da equipe de contratação de serviços entram em contato os fornecedores envolvidos para alertá-los a respeito da realização do pregão. Isto se faz necessário porque algumas empresas não são suficientemente organizadas para fazerem o acompanhamento deste tipo de evento, e há o interesse de que esteja presente a maior quantidade possível de fornecedores, para que haja concorrência durante a realização do

pregão, que é conduzido por um dos cinco pregoeiros da equipe. O entrevistado C3 comenta que sempre ocorre negociação nos pregões, que é fechado pelo menor preço ofertado, abaixo do preço referencial.

Depois de fechado o pregão, a empresa vencedora encaminha toda a documentação requerida e a proposta técnica oficial detalhando o escopo do serviço a ser prestado, a qual é analisada e aprovada pela área solicitante do serviço.

Caso haja alguma irregularidade com a documentação entregue pelo fornecedor, ele é desqualificado e inicia-se a negociação com o segundo classificado no pregão. Busca-se sempre que o segundo colocado aceite executar o serviço pelo mesmo preço que foi negociado com o primeiro colocado. Eventual recusa do mesmo em aceitar o preço, inicia-se a negociação com o terceiro classificado, e assim por diante. O entrevistado C3 indica que é muito importante a habilidade do pregoeiro para a obtenção de boas negociações.

Após aprovação da proposta técnica e da documentação entregue pelo fornecedor, efetua-se a homologação, onde ocorre a aprovação pelo Superintendente do hospital e a publicação no Diário Oficial. Em seguida, ocorre a assinatura do contrato, que conclui a etapa de contratação do serviço.

O entrevistado C3 menciona que o aumento na competição entre fornecedores contribui para redução de custos. Exemplifica, comentando que recentemente havia sido fechado um contrato para prestação de serviços de cópias reprográficas, para a disponibilização de aproximadamente 1300 máquinas copiadoras para as unidades do Hospital C. O vencedor do pregão foi a mesma empresa que já prestava este serviço para o hospital. Devido à forte concorrência verificada no pregão, o preço de compra dos serviços foi inferior ao preço anteriormente pago, sendo que no novo contrato o fornecedor vai substituir todas as máquinas copiadoras existentes por máquinas novas.

- **Prorrogação de contratos para prestação de serviços**

Nas situações em que é possível prorrogar um determinado contrato, caso o fornecedor esteja prestando um bom serviço e haja interesse da área usuária do serviço em realizar a prorrogação deste contrato, a equipe de contratação de serviços realiza pesquisa de mercado para verificar se as condições do contrato continuam vantajosas. Há três fontes principais que auxiliam na verificação destes preços.

A primeira é um *website* denominado Terceirizados, de acesso exclusivo das organizações públicas paulistas, onde são obrigatoriamente cadastrados todos os contratos de prestação de serviço realizados pelos órgãos públicos no Estado de São Paulo, como hospitais, escolas e outras instituições públicas. É possível fazer uma busca de preços neste *website*,

auxiliando no estabelecimento do preço referencial para o pregão ou para uma eventual renegociação contratual com um fornecedor que já presta serviços para o hospital.

Como segunda fonte, caso não haja nenhum preço para serviço similar, tem-se a possibilidade de entrar em contato com as empresas que prestam serviços para órgãos públicos para solicitar orçamentos para os serviços específicos que se deseja contratar.

Uma terceira fonte para obtenção de preços referenciais são os Cadernos Técnicos de Serviços Terceirizados disponibilizado pela Bolsa Eletrônica de Compras do Governo do Estado de São Paulo, no endereço www.cadterc.sp.gov.br, onde é possível consultar 19 diferentes cadernos técnicos de prestação de serviços, com modelos de editais, modelos de contratos e apresentação de preços referenciais. Voltados especificamente para o setor hospitalar, existem quatro cadernos: Caderno 7, de limpeza hospitalar; Caderno 8, de alimentação hospitalar; Caderno 10, de lavanderia hospitalar e Caderno 12, de gases medicinais.

Não é possível realizar a prorrogação de um contrato de prestação de serviços com um fornecedor que encontra-se impedido de participar em licitações públicas.

- **Gestão e fiscalização de contratos de prestação de serviços**

A legislação estabelece papéis de gestão, acompanhamento e fiscalização de contratos de prestação de serviços, que são atribuídos, usualmente, a servidores da área usuária do serviço. O gestor e o fiscal designados são sempre servidores públicos que assumem a responsabilidade pelo desempenho de suas funções específicas. Conforme o entrevistado C3, tais responsabilidades são definidas pela lei 8666/93 com implicações nas áreas cível e criminal, em casos de condutas inadequadas.

Para contratos com predominância de mão de obra, existe uma relação de documentos que o fornecedor obrigatoriamente deve entregar todos os meses, que inclui guias de recolhimento de FGTS e INSS de seus funcionários. A entrega da documentação é obrigatória para a realização dos pagamentos mensais pelo Hospital C. Em caso de dúvidas sobre a conduta do fornecedor, são realizadas pesquisas na *internet* para identificar eventuais irregularidades do fornecedor com relação ao cumprimento de obrigações legais, como recolhimento de impostos e tributos.

Normalmente, cumpre ao fiscal e ao gestor do contrato realizar a avaliação de desempenho do fornecedor de serviços.

- **Foco na exatidão das atividades e no cumprimento dos prazos**

O Tribunal de Contas do Estado São Paulo tem muitas exigências e é bastante rigoroso nas auditorias. Há muito zelo na área para que não ocorram erros, evitando-se problemas nas fiscalizações do referido tribunal.

Alguns tipos de contratos requerem cuidados especiais, como os contratos de inexigibilidade. Para realização destes contratos, há exigência de um atestado de exclusividade, emitido pelos órgãos competentes, conforme detalhado pela Lei 8666/93. No Hospital C existem vários contratos de exclusividade, tendo como exemplo equipamentos para diagnóstico médico por imagem fabricados pelas empresas General Electric, Philips e Toshiba, camas exclusivas fabricadas pela empresa Paramount e elevadores das marcas Atlas, Thyssenkrupp e Otis, além de diversas outras marcas exclusivas. Este tipo de contrato demanda que, findo o último dia do prazo contratual, já exista, antecipadamente, um novo contrato negociado e assinado. O entrevistado C3 comenta sobre dificuldades algumas vezes enfrentadas com grandes fornecedores internacionais, que dependem de assinaturas por diretores da matriz, localizada em outros países, demandando maior tempo para retornar a documentação. Além disto, nos contratos de inexigibilidade há necessidade de contratação da manutenção dos equipamentos exclusivamente com o fabricante. Somente os técnicos do fabricante estão capacitados para realizar intervenções nos equipamentos, com a utilização de peças originais.

Os requisitos legais são complexos, os fluxos internos de aprovação são longos, existe a dependência em algumas etapas do fluxo de retorno de documentação de parte da empresa fornecedora. Este contexto exige que haja um cuidado muito grande por parte dos funcionários da área, cobrando sempre a todos para que os prazos sejam rigorosamente cumpridos, evitando qualquer irregularidade contratual e eventuais penalizações pelo Tribunal de Contas do Estado São Paulo.

Outro requisito legal refere-se à necessidade de haver consistência entre as datas dos contratos e das cauções ou garantias financeiras legais providenciadas pelos fornecedores. Quando da realização das prorrogações contratuais é fundamental que ocorra consistência entre as datas mencionadas nos documentos. Há um controle específico com relação às cauções contratuais, efetuado por meio de planilhas do *software* Microsoft Excel, que emite alertas sobre proximidade de datas de vencimento, facilitando a realização do monitoramento junto aos fornecedores.

A tendência atual das empresas fornecedoras de terceirizarem as atividades jurídicas com escritórios especializados, tem causado alguns impactos nos trabalhos da equipe de gestão de contratos de serviço. O entrevistado C3 comenta que há situações em que alguns fornecedores contratam escritórios jurídicos com pouca experiência em contratos com órgãos públicos, causando dificuldades nos trâmites para assinatura dos contratos de prestação de serviço.

Em situações críticas com fornecedores, o próprio entrevistado C3 envolve-se pessoalmente para resolução de pendências. Tem-se como regra, aplicar sanções ao fornecedor quando da ocorrência de qualquer tipo de irregularidade na execução dos contratos de serviços.

f. Avaliação de desempenho de fornecedores no Hospital C

Pontualidade na entrega é o principal aspecto mensurado na avaliação de fornecedores, que é verificado diretamente pela área de logística. Os demais aspectos relacionados com a entrega são verificados no centro de distribuição (CD), pelo operador logístico responsável pelo CD. Quando ocorre atraso na entrega de algum item, segue-se o procedimento descrito no item 4.4.3.6.b (páginas 298 a 300). Dentre os indicadores de desempenho da área de compras, pontualidade na entrega foi o único indicador relacionado com a avaliação de desempenho de fornecedores que foi identificado.

g. Desenvolvimento de fornecedores no Hospital C

Conforme discutido anteriormente, a legislação de compras públicas impede o estabelecimento de relações de proximidade com fornecedores, colocando barreiras para iniciativas de desenvolvimento de fornecedores pela área de compras, nos moldes utilizados por alguns hospitais universitários geridos pela iniciativa privada. Eventualmente, a área de compras ou outras áreas do complexo hospitalar, podem divulgar informações que auxiliem fornecedores a desenvolver-se, porém, como o processo de aquisição é efetuado através de licitação pública, a aquisição será realizada do fornecedor que ofertar o menor preço, dentre os que estiverem habilitados e cumprirem adequadamente a todos os requisitos estabelecidos no edital de licitação.

Existem iniciativas da equipe de nutrição do hospital C, que realiza eventos com fornecedores para deixá-los cientes sobre os requisitos da instituição para a contratação de fornecedores, buscando incentivá-los a adequar sua capacitação e aumentar a quantidade de empresas fornecedoras que atendem ao hospital. O setor de farmácia também realiza contatos diretamente com fornecedores, para conhecer inovações e transmitir informações sobre requisitos do hospital.

Em dezembro de 2017, o entrevistado C1 estava discutindo com a direção do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) a criação de um programa conjunto para conscientizar micro e pequenas empresas fornecedoras do setor hospitalar sobre os requisitos que devem ser atendidos para suprimento ao Hospital C, para ajudá-las a atingir o nível de qualidade e de competitividade necessários para se tornarem fornecedoras do complexo

hospitalar. Uma das ideias que estava em discussão era a criação de um certificado de qualidade SEBRAE – Hospital C, a ser atribuído aos participantes do programa que viessem a ser aprovados para fornecimento ao Hospital C.

O Hospital C possui um Centro de Inovação, que dispõe de regras adequadas para estabelecer parcerias com fornecedores visando o desenvolvimento de novos produtos ou de novas tecnologias. Os fornecedores estabelecem contatos diretamente com os docentes ou pesquisadores da instituição, que usualmente são expoentes nas áreas que atuam, e firmam contratos para desenvolvimento de pesquisas por meio do Centro de Inovação. Atendendo a requisitos da legislação, não há envolvimento da área de compras nas negociações entre fornecedores e o Centro de Inovação. Segundo e entrevistados C1, existem várias parcerias atualmente em andamento, incluindo uma parceria para teste de equipamentos de imagem com uma grande empresa multinacional

Comumente, após a conclusão de uma pesquisa que resultou no desenvolvimento de um novo produto, com melhor desempenho e que possa reduzir custos, os docentes e pesquisadores comunicam o fato para a área de compras, que recomenda a revisão das especificações técnicas para possibilitar que o novo produto possa participar dos processos licitatórios do Hospital C. Todos se beneficiam com estes desenvolvimentos, pois o conhecimento gerado ajuda a reduzir custos e a melhorar a eficiência operacional.

No final de 2017, a direção do Centro de Inovação do Hospital C avaliava a possibilidade de prestar serviços para fornecedores na realização de testes de novos produtos. Após a realização dos testes, haveria a emissão de um laudo sobre o desempenho do produto, auxiliando o fornecedor a iniciar a comercialização do novo produto.

h. Melhoria contínua na área de compras do Hospital C

A partir da medição de desempenho dos processos, avaliam-se resultados e adotam-se medidas para melhoria contínua na área de compras. A seguir são relacionados os principais indicadores de desempenho, conforme indicado no documento Estrutura Organizacional e Papeis e Responsabilidades do Núcleo de Infraestrutura e Logística do Hospital C.

- Indicadores utilizados nos setores responsáveis por compras: aquisição mensal realizada *versus* planejada; porcentual de aderência ao planejamento; consumo; nível de estoque; valores de pendências de recebimento; total mensal de compras recebidas; itens críticos da semana (alcance menor que 30 dias e entre 30 e 120 dias); níveis de estoque menor que 30 dias, entre 30 e 120 dias e com compras ou não em andamento; porcentual de itens com registro de preços ativo; porcentual mensal de

compras, por modalidade; quantidade mensal de pregões; produtividade por pregoeiro; porcentual de fracassos de pregão, por motivo; acuracidade de referência de preços; *lead time* do processo de aquisição, por fase (abertura, pesquisa, edital, homologação); e quantidade de processos de aquisição, em cada fase.

- Indicadores da equipe de suporte técnico:
 - Normas: quantidade de processos de aquisição fora dos requisitos legais; quantidade de questionamentos apontados pelo Tribunal de Contas do Estado, em relação às aquisições; e quantidade de não conformidades apontadas pelas auditorias externas.
 - Inteligência de mercado: índice de inflação do Hospital C (comparado a outros indicadores de inflação externos); quantidade de propostas de melhoria e/ou inovação.
 - Estratégia comercial: porcentual de ganhos financeiros em relação a: propostas de escopo de aquisição, proposta de produtos substitutos; licitação conjunta; e mudança de política de estoques.
 - Gestão de fornecedores: número de solicitações de pleitos de fornecedores respondidas no período; custo evitado a partir das respostas aos pleitos de realinhamento com fornecedores; e número de sanções aplicadas a fornecedores, por motivo.
 - Avaliação dos serviços prestados ao setor de compras: atendimento às demandas do setor de compras dentro do prazo acordado.
- Indicadores utilizados pelo setor de logística: cobertura de estoques; consumo; e tempo de atraso na entrega.
- Indicadores utilizados no centro de distribuição: tempo para disponibilização do produto a partir do recebimento do mesmo; e nível de serviço por instituto (produtos solicitados *versus* produtos atendidos).

Conforme comentários do entrevistado C1, o nível de serviço prestado pela área de compras às áreas hospitalares, medido em termos de disponibilidade de itens de estoque (produtos solicitados *versus* produtos atendidos), evoluiu de aproximadamente 60% no início de sua gestão, para a faixa de 90 a 95%, nos dias atuais. Este indicador é calculado individualmente para cada instituto do complexo hospitalar, possibilitando a realização de *benchmarking* entre os institutos.

O entrevistado C1 indica que gosta de desenvolver melhorias radicais e gerar ruptura, porque a melhoria contínua via PDCA demora muito para mudar o *status quo* nas instituições públicas.

4.4.3.5 Estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital C

A legislação de compras públicas impõe barreiras ao desenvolvimento de estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores nos hospitais universitários públicos. A entrevistada C2 explica que em função dos requisitos legais, não é possível desenvolver parcerias para aquisição preferencial de itens com fornecedores, a exemplo do que ocorre em alguns hospitais universitários privados. Conforme anteriormente detalhado, as aquisições nos hospitais públicos devem ser realizadas sempre através de processos licitatórios, abertos a todos os fornecedores cadastrados no CAUFESP e que estejam aptos a fornecer o item que está sendo licitado. Isto impede o estabelecimento de relacionamentos próximos ou parcerias com fornecedores para aquisição de quaisquer itens, que caso ocorresse, caracterizaria infração da legislação de compras públicas, com aplicação das penalizações cabíveis.

4.4.3.6 Outros processos e práticas adotados para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital C

a. Inteligência em compras

As atividades de inteligência de mercado em compras foram iniciadas no Hospital C em meados de 2013 e desde o início, estão sob a responsabilidade do Assessor Técnico da diretoria da área de compras, a seguir identificado como entrevistado C5. Graduado em administração e pós-graduado, em nível de especialização, em administração de empresas e gestão da cadeia de suprimentos, o entrevistado C5 atua no Hospital C desde 2011. Anteriormente, trabalhou por aproximadamente dez anos em atividades relacionadas com gestão de compras em empresas privadas.

Na visão do entrevistado C5, a inteligência em compras no setor hospitalar encontra-se no estágio embrionário, inclusive nos hospitais privados, em comparação com outros setores da economia. Não foi realizado *benchmarking* para implantação de inteligência em compras no Hospital C, a principal inspiração foi uma visita realizada pelo entrevistado C5, antes de trabalhar no Hospital C, a uma grande empresa do setor siderúrgico, que possuía uma estruturada sofisticada de inteligência em compras.

Com relação a iniciativas de inteligência em compras no setor público, o entrevistado C5 menciona que tem conhecimento de um projeto da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC) para desenvolver um sistema de inteligência em compras, a partir de dados históricos de compras existentes em seus bancos de dados.

Pode-se segmentar as atividades de inteligência em compras desenvolvidas no Hospital C em dois temas principais: monitoramento de mercado e relacionamento com fornecedores, conforme a seguir resumido.

- **Monitoramento de mercado para detectar oportunidades de redução de custos**

Monitora-se o mercado para detectar oportunidades de redução de custos relacionadas com:

- Prospecção de novos fornecedores;
- Antecipação ou postergamento de processos licitatórios;
- Mudanças no escopo de aquisição de produtos ou serviços;
- Alterações nas políticas de estoque de produtos;
- Alterações na legislação, no âmbito estadual e federal.

Após confirmar a viabilidade da oportunidade detectada, o entrevistado C5 fica responsável por desenvolver e obter aprovação do projeto para implementação da oportunidade.

O foco principal da inteligência em compras são os itens de maior dispêndio financeiro. Os entrevistados C1 e C5 argumentam que, em geral, há muito interesse dos fornecedores em realizar vendas para o Hospital C. De acordo com o entrevistado C1: os médicos que atuam no Hospital C são bastante conceituados e também atuam em muitos hospitais; são formadores de opinião e formadores de políticas públicas; após utilizar um determinado material médico-hospitalar ou medicamento no Hospital C e obter um bom resultado, passam a utilizá-lo em seus consultórios e nos outros hospitais que atuam, gerando oportunidades de novos negócios aos fornecedores. Além disto, o entrevistado C5 complementa: como o Hospital C se constitui no maior complexo hospitalar e um dos mais importantes hospitais universitários da América Latina, adquire quantidade significativa de produtos; possui milhares de alunos e forma muitos médicos, que se habituem a utilizar os produtos usados no hospital e tendem a continuar a usá-los ao longo de sua carreira profissional.

No entanto, um aspecto negativo refere-se a eventuais atrasos no pagamento a fornecedores. De acordo com as cláusulas contratuais usualmente negociadas pela área de compras do hospital, realiza-se o pagamento em 30 dias após a data de entrega do item. Porém, a legislação permite atrasar o pagamento em até 90 dias, sem que seja permitido ao fornecedor interromper o fornecimento. Conforme informado pelo entrevistado C5, em meados de julho

de 2017, as organizações públicas estaduais paulistas estavam atrasando o pagamento em torno de 80 dias, em média. Se a empresa fornecedora não levar em consideração este possível atraso em seu fluxo de caixa, ela pode vir a ter problemas. O entrevistado C5 comenta que eventuais atrasos no pagamento afetam mais as empresas de pequeno porte, que tem maior dependência no hospital. Afirma que a maioria das empresas de grande porte não se preocupam com estes atrasos, a principal preocupação delas está relacionada como a margem de lucro obtida no negócio.

As atividades de monitoramento de mercado são apoiadas pelo *software* Cost Drivers, fornecido pela empresa Datamark e instalado desde 2013, que efetua o monitoramento dos direcionadores de custos de aproximadamente cinquenta itens com dispêndios financeiros importantes no complexo hospitalar, tais como gases (oxigênio, nitrogênio e hidrogênio), leite, medicamentos, seringas, energia elétrica e frete rodoviário. Estão parametrizados no *software* o percentual de participação dos principais componentes que formam o preço destes itens. O sistema Cost Drivers acompanha diariamente a variação dos índices que formam os preços e emite alertas para informar variações que possam resultar em redução ou aumento do preço dos itens monitorados. Paga-se uma taxa mensal para utilização do *software*.

As informações provenientes do sistema Cost Drivers também são utilizadas para confirmar justificativas apresentadas por fornecedores para aumento de preços, em etapas de negociação em pregão. Caso se verifique que as justificativas dos fornecedores são infundadas, utilizam-se as informações do *software* para demonstrar que os argumentos apresentados são inconsistentes.

Em meados de 2015, a partir da análise das informações de mercado, identificou-se expectativas de aumento da taxa de dólar. Após discussão do assunto e aprovação pela Superintendência, foi tomada decisão de comprar itens importantes com formação de preço diretamente vinculada à cotação do dólar. Um dos principais itens adquiridos foram luvas, com aquisição de volume suficiente para vários meses de operação. Em seguida, realmente verificou-se forte alta da cotação do dólar e a antecipação na aquisição de luvas resultou numa economia de aproximadamente R\$ 800 mil.

A transformação de produtos em serviços é um dos focos adotados pela área de inteligência em compras, na busca por reduzir custos e aprimorar a eficiência nas operações. Há dois projetos em andamento, com este objetivo.

Um deles, foca em mudanças no modo de realizar exames de diagnóstico por imagem. Atualmente, são adquiridos equipamentos e todos os insumos necessários para realizar os exames, além dos dispêndios com manutenção dos equipamentos. No projeto, busca-se efetuar

o pagamento por exame realizado, ficando o fornecedor responsável pelos equipamentos e insumos, além de operar os equipamentos para realizar os exames.

O outro projeto refere-se à realização de diálises. Atualmente existem vários equipamentos de diálise, de diferentes marcas, que utilizam diferentes insumos, absorvendo muito tempo da equipe de compras na aquisição destes insumos. A intenção é padronizar todos os equipamentos com uma só marca e contratar uma única empresa para a fornecimento dos equipamentos e insumos. Trata-se de projeto inédito no setor público, apenas alguns hospitais privados trabalham desta maneira.

- **Monitoramento de mercado para acompanhar a evolução de preços**

Com o monitoramento da evolução de preços de mercado, são calculados índices de inflação específicos do Hospital C, utilizando um método que foi desenvolvido com o apoio da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). Existe um índice de inflação geral no complexo hospitalar e mais quatro índices específicos para cada uma das seguintes categorias, correspondentes às células de compras: medicamentos, materiais médicos, nutrição e laboratório. Os índices são calculados com periodicidade mensal e comparados com outros índices de inflação. A meta é estar sempre abaixo dos demais índices de mercado.

Após o cálculo dos índices de inflação, é realizada a análise dos dez itens que tiveram maior impacto nos indicadores. Caso identificado que está sendo pago em valor acima do mercado para um determinado item adquirido, tenta-se renegociar o preço com o fornecedor. Se não for possível renegociar, é usual cancelar a ata de registro de preços e realizar uma nova licitação.

- **Estabelecer relacionamentos com fornecedores**

A possibilidade de desenvolver relacionamentos com fornecedores é restringida pela legislação de compras públicas. O entrevistado C5 tem a atribuição de realizar reuniões com alguns fornecedores, para análise crítica de resultados ou para conhecê-los melhor e identificar alternativas para melhorar a eficiência operacional e reduzir custos. Tem-se sempre o cuidado de realizar estas reuniões em uma sala que possui um sistema de gravação de voz, cujos registros ficam arquivados e podem ser auditados pelos órgãos competentes, em casos de eventuais denúncias. Assim, pode-se comprovar a adequação da conduta dos gestores da área, especialmente do assessor responsável por realizar estas tratativas com os fornecedores.

As informações obtidas nestas reuniões com fornecedores auxiliam a identificar oportunidades para adequações em especificações técnicas, mudança de escopo de aquisição, prospectar novos fornecedores e reavaliar políticas de estoque. Após análise e aprovação, as

melhorias são incorporadas nos próximos editais de licitação, oferecendo possibilidade para que todos os fornecedores que atendam aos requisitos possam participar do processo licitatório.

O entrevistado C5 acredita que uma estratégia para melhorar a eficiência operacional é ajudar aos fornecedores a se tornarem melhores. Assim, quando possível, ele procura transferir conhecimento aos fornecedores. Indica que vários fornecedores têm conhecimento limitado da legislação tributária e deficiências em alguns aspectos administrativos, incluindo dificuldades na gestão financeira de fluxo de caixa e na utilização de ferramentas de *hedge*, que poderiam mitigar riscos de variações cambiais, ao efetuarem contratos de venda com preços fixos.

Como exemplo, comenta que anos atrás foi procurado por uma indústria farmacêutica com sede em outro estado da federação, que tinha boa participação de mercado, mas que efetuava poucas vendas ao Hospital C, porque não era competitiva nas licitações. Os gestores de vendas da empresa disseram que não tinham condições de competir com concorrentes sediados em determinados estados, em função de uma desoneração tributária permitida pela legislação. O entrevistado C5 buscou informações sobre a legislação pertinente, analisou-a e identificou que existiam alternativas, que não estavam sendo consideradas pelo fornecedor. Comunicou isto ao fornecedor, que constatou que realmente poderia enquadrar-se na desoneração tributária. A partir daí, baixou seus preços e voltou a vender para o Hospital C.

Outra atividade realizada pelo entrevistado C5 é apoiar os pregoeiros na preparação ou durante a realização dos pregões. Sugere que, possivelmente, a melhor capacitação dos pregoeiros poderia gerar melhores resultados. Conforme discutido no tópico referente à capacitação de recursos humanos, os critérios adotados nos processos de contratação de servidores públicos não atendem adequadamente aos requisitos necessários para o desempenho de funções de maior complexidade na área de compras. Assim, devido a limitações de formação acadêmica e de conhecimento, alguns pregoeiros podem ter dificuldades em tópicos de matemática financeira, como cálculos de fluxo de caixa, e em questões relacionadas com variação cambial, que são ambos temas corriqueiros nas negociações de compras hospitalares.

A coleta de informações no Hospital C ocorreu no período de julho a dezembro de 2017. No início do processo de obtenção de dados, por sugestão do entrevistado C1, este pesquisador foi autorizado a participar, como ouvinte, de uma série de reuniões realizadas durante um dia de trabalho, entre os gestores de compras do Hospital C e os gestores da área de compras de um hospital universitário federal de alta complexidade, localizado no Rio de Janeiro, que realizaram visita de *benchmarking* ao Hospital C. Ao final da reunião, o entrevistado C1 apresentou interessantes recomendações aos gestores do hospital universitário federal sobre a implementação de inteligência de mercado em compras, resumidas a seguir:

- Quanto maior o volume de compras do hospital, maior é o retorno conseguido pela área de inteligência em compras;
- O custo de uma área de inteligência em compras é alto, portanto é necessário que haja volume significativo de compras para poder justificar os custos e trazer retornos. Como exemplo, menciona grandes redes de hospitais privados que implantaram inteligência em compras;
- O foco inicial de uma área de inteligência em compras deve ser os itens de maior custo, começando pelos dez itens de maior custo;
- A área de inteligência em compras deve estar fora das atividades do dia a dia do hospital, para colocar o foco nas atividades de inteligência;
- Como requisito básico, a área de compras deve ter toda a operação hospitalar sob controle, antes de implementar um projeto de inteligência em compras.

b. Aplicação de sanções, pleitos e questões litigiosas com fornecedores

Aplicar sanções, avaliar e responder pleitos e tratar de questões litigiosas com fornecedores são responsabilidades do entrevistado C5, que realiza tais atividades cumulativamente com as de inteligência de mercado em compras.

A aplicação de sanções a fornecedores envolve: detectar descumprimento contratual; notificar o fornecedor; estipular a sanção administrativa; convocar o fornecedor para apresentar defesa; encaminhar a defesa para o setor jurídico; elaborar o termo de sanção, baseado nas instruções jurídicas; publicar a sanção e abrir prazo para recurso pelo fornecedor; encaminhar recurso ao setor jurídico; ratificar ou anular a sanção, após parecer jurídico; e encaminhar ao setor de cadastro de fornecedores, para atualizar o cadastro da empresa fornecedora.

Os pleitos apresentados por fornecedores, que devem ser avaliados e respondidos, referem-se às solicitações de prorrogação de prazo de entrega, realinhamento de preços e cancelamento de ata de registro de preços ou de contrato.

Tratar de questões litigiosas inclui a mediação de conflitos entre fornecedores e áreas internas do Hospital C, abrangendo identificar ocorrências, efetuar diligências para apuração de fatos, realizar reuniões para solucionar conflitos e aplicar sanções, quando cabível; além de tratar de questões efetivamente relacionadas ao estabelecimento de litígios, entre o hospital e fornecedores.

- **Aplicação de sanções a fornecedores**

A legislação de compras públicas não permite reconhecer os melhores fornecedores, cujos produtos e serviços contribuem para melhorar a qualidade e reduzir custos. Diante desta impossibilidade, a gestão de fornecedores no Hospital C adquire um caráter punitivo: aplicação de penalizações aos fornecedores que não cumprem os requisitos contratuais estabelecidos, para adequar condutas e afastar maus fornecedores.

O Hospital C utiliza a via rápida para penalizar fornecedores por irregularidades cometidas, que permite agilizar o processo de aplicação de sanções. Ao se constatar a ocorrência de alguma irregularidade no fornecimento, aplica-se a penalização cabível, e desconta-se o valor correspondente do valor a ser pago ao fornecedor. Caso não concorde, o fornecedor pode recorrer da aplicação da penalidade.

A sanção mais comumente aplicada refere-se à ocorrência de atraso na entrega. Quando ocorre atraso na entrega de um determinado item, o fornecedor é imediatamente notificado e tem dois dias para regularizar a entrega. Caso isto não ocorra, o assunto é encaminhado para o entrevistado C5 que volta a notificar a empresa, por até três vezes. Se o fornecedor regularizar a entrega, abre-se uma sanção por atraso justificado. Se não regularizar, aplica-se a sanção por inexecução de contrato. Todo o processo de aplicação de sanção a fornecedores é efetuado eletronicamente, incluindo todas as aprovações da área jurídica e das autoridades competentes.

Existe um parecer referencial da área jurídica para ser seguido no caso de aplicação de sanções corriqueiras, não havendo necessidade de submetê-las à aprovação do setor jurídico. Cita-se o parecer referencial e aplica-se a multa ao fornecedor. São encaminhadas ao setor jurídico outras sanções previstas não relacionadas com multas, como advertências ou impedimentos, que correspondem a menos de 1% dos casos, conforme informado pelo entrevistado C5. Assim, mais de 99% dos casos referem-se à aplicação de multas, que são sempre aplicadas no valor teto estabelecido na legislação.

- **Avaliação e resposta a pleitos apresentados por fornecedores**

As solicitações de prorrogação de prazo de entrega são recebidas com maior frequência. Nestes casos, a resposta padrão é negativa. O entrevistado C5 afirma que a fundamentação jurídica é um aspecto essencial nas respostas aos fornecedores. Existem modelos de respostas padrão que foram desenvolvidas com apoio da área de procuradoria jurídica da instituição, para os pleitos que são usualmente apresentados pelos fornecedores.

Há um parecer jurídico padrão que é utilizado nas respostas de solicitações apresentadas por fornecedores para realinhamento de preços de contratos vigentes. Todas as solicitações de realinhamento recebidas são sistematicamente negadas, com base no parecer jurídico. Cientes

desta conduta da instituição, os fornecedores deixaram de solicitar realinhamento de preço e nos dias atuais é raro receber algum, informa o entrevistado C5. Conforme jurisprudência do Tribunal de Contas da União, o aumento de custos não é uma justificativa plausível para solicitar realinhamento de preços, pois faz parte do risco do negócio.

- **Litígios com fornecedores**

Na época da realização do levantamento de informações para este estudo, as questões relacionadas com litígios de fornecedores tomavam a maior parte do tempo do entrevistado C5, gerando dificuldades para focar em atividades de inteligência de mercado.

A maior parte dos litígios eram relacionados com fornecedores de medicamentos, devido a requisitos rigorosos estabelecidos pela área farmacêutica do hospital. Os fornecedores enfrentavam dificuldades em atender alguns desses requisitos, gerando litígios contratuais. Em meados do primeiro semestre de 2017, havia ocorrido uma revisão nos requisitos para adequação ao mercado e os novos contratos passaram a ser adequadamente cumpridos pelos fornecedores, reduzindo as questões litigiosas. Porém, como os contratos firmados anteriormente continuavam válidos, o entrevistado C5 previa que continuaria a haver grande quantidade de questões litigiosas, nos meses seguintes, até que os contratos anteriormente firmados fossem finalizados.

c. Projetos futuros para melhorias na gestão de compras e de relacionamento com fornecedores

Os bons resultados obtidos nos projetos implantados pela área de compras aumentam o prestígio da área e ajudam a justificar a implementação de novos projetos de melhoria, enfatiza o entrevistado C1, indicando que prevalece nos novos projetos em desenvolvimento no hospital o foco em melhoria de eficiência operacional ou de redução de custos.

O entrevistado C1 revelou alguns projetos que em dezembro de 2017 estavam em fase de estudo, além de algumas ideias para projetos futuros, incluindo:

- **Divulgação de datas previstas para as próximas licitações no *website* da instituição**

Planeja-se divulgar no website da instituição uma previsão das datas das próximas licitações, para que as empresas fornecedoras possam realizar uma programação e se preparar com antecedência para os processos licitatórios.

- **Tornar as informações da cadeia de suprimento mais transparentes para todos**

Acredita-se que o aumento da transparência das informações da cadeia de suprimentos irá ajudar a aprofundar os relacionamentos e a integração com as áreas internas, mudando

comportamentos e melhorando a eficiência operacional do hospital. Como exemplo, o temor de falhas no suprimento, leva alguns enfermeiros a criar estoque paralelos de materiais e a controlar estoque de medicamentos. O aumento na confiança no trabalho da equipe de compras pode mudar este comportamento e levá-los a dedicar foco total ao cuidado dos pacientes.

- **Informar aos médicos os preços dos medicamentos, no momento da prescrição**

Está em desenvolvimento um projeto para possibilitar que o médico, ao prescrever a medicação para um paciente, seja informado sobre o preço do medicamento, de forma a avaliar o custo que o paciente teria com o tratamento, analisando eventuais alternativas de tratamentos de menor custo.

- **Pesquisa de preço de referência por robô**

A realização de pesquisa de preços de referência para processos de licitação dispense muito tempo dos funcionários da área de compras. Tem-se a intenção de realizar esta pesquisa de forma eletrônica, uma vez que a maioria dos dados estão disponíveis na internet, em diversos *websites*. Já houve autorização da Procuradoria de Justiça para agir desta forma e existe um projeto em andamento para desenvolvimento de um robô, para realizar buscas de preços de referência na internet, que poderá gerar um ganho significativo de produtividade no setor de compras.

- **Identificar melhor época de compra**

Um dos projetos futuros para redução de custos seria identificar a melhor época do ano para realizar as compras dos itens mais importantes utilizados nos hospitais. A ideia seria utilizar inteligência artificial para analisar dados históricos das compras, visando a determinação do melhor período para realização das compras. Estava em discussão com diretores do Hospital B a realização de um projeto conjunto com tal objetivo.

- **Aumentar a terceirização**

Os bons resultados obtidos com a terceirização do centro de distribuição ajudam a justificar projetos para terceirizar outras atividades na instituição. Em dezembro de 2017 estava sendo iniciado um projeto, com o apoio da consultoria Pricewaterhouse Coopers, para terceirizar as atividades realizadas na farmácia e no almoxarifado central do complexo hospitalar. Posteriormente, a terceirização deve avançar em outras áreas. Conforme o entrevistado C1, no futuro tem-se a intenção de “deixar somente a última milha com o hospital”.

Nos hospitais públicos é necessário realizar as terceirizações por meio de licitação. Não é possível proceder como em alguns hospitais privados, que selecionam bons fornecedores e estabelecem parcerias para o desenvolvimento de projetos inovadores de terceirização. A

experiência do entrevistado C1 indica que para uma terceirização ser bem sucedida nos hospitais públicos é essencial que seja desenvolvido um bom projeto, que resulte em um edital de licitação com bastante clareza nas regras e na forma de operação da terceirização. Isto ajuda a despertar o interesse de empresas fornecedoras bem capacitadas e idôneas, incentivando-as a participar do processo licitatório, aumentando as possibilidades de sucesso do projeto de terceirização.

4.4.3.7 Dificuldades enfrentadas com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital C

Na opinião dos entrevistados, foram indicadas as seguintes dificuldades.

a. Dificuldades apontadas pelo entrevistado C1

- Formalismo característico das organizações públicas toma muito tempo e reduz a produtividade do trabalho na área: é comum receber demandas do Ministério Público para providenciar grande volume de informações, que absorve recursos e atrasa o desenvolvimento dos trabalhos. Embora em menor quantidade, o Tribunal de Contas também solicita informações. Em média, dois funcionários da área dedicam-se o tempo todo ao atendimento de solicitações destes dois órgãos. Por outro lado, recebe bastante apoio de conselheiros do Tribunal de Contas na discussão de novos projetos, com indicação de alternativas legais que podem ser adotadas;
- Dificuldades para melhorar a gestão da área de compras: contratação de mão de obra adequada e em investimentos para automação nas atividades: O entrevistado C1 indica que há dificuldades para contratar mão de obra com capacitação adequada, devido às regras de contratação de pessoas vigentes nas instituições públicas. Uma alternativa seria realizar investimentos vultuosos para automação das atividades de compras, que reduziriam a necessidade de pessoas e poderiam diminuir custos e aumentar a eficiência. No entanto, os recursos são escassos na instituição e prioritariamente são direcionados para a melhoria do atendimento ao paciente.

b. Dificuldades apontadas pela entrevistada C2

Segundo a entrevistada C2, as principais dificuldades que ela enfrenta na rotina do trabalho e que estão fora de sua capacidade de gestão, estão relacionadas com:

- Gestão de pessoas, em função das restrições estabelecidas nas instituições públicas;

- Limitações na automação de alguns processos, como no caso de pesquisas de preços de referência, que demandam acesso a muitos *websites*, demandando muito trabalho e dispêndio de tempo. Existem aproximadamente 4000 itens de consumo regular no hospital C, que requerem que seja efetuada pesquisa de preços de referência, para cada um destes itens, sempre que são realizados processos licitatórios. Caso fosse possível automatizar este processo, resultaria em aumento de produtividade e melhoria de eficiência operacional na área.

c. Dificuldades apontadas pelo entrevistado C3

- Funcionários das áreas solicitantes de contratação de serviços eventualmente descumprem prazos de entregas de documentos, aumentando riscos de não atendimento dos prazos legais para fechamento dos contratos; fluxos internos dos processos administrativos são longos e morosos, gerando riscos maiores de não cumprimento de prazos legais;
- Dificuldades características relacionadas com a gestão de servidores públicos, que envolvem capacitação deficiente, acomodação, falta de motivação, baixos salários, longos períodos sem reajuste salarial, ausência de políticas de cargos e salários e carência de benefícios e de incentivos;
- Alguns fornecedores demoram para retornar contratos assinados ou outros documentos; dificuldades pontuais com escritórios jurídicos com pouca experiência em contratação de serviços por organizações públicas;
- Há uma fiscalização rigorosa do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, exigindo muito esforço e atenção de todos os funcionários da área para garantir que todas as atividades sejam realizadas corretamente, dentro dos prazos legais estabelecidos.

d. Dificuldades apontadas pelo entrevistado C5

- Dificuldades com cultura interna de funcionários de outras áreas do complexo hospitalar: ocorrem situações em que algumas áreas hospitalares entram em contato diretamente com o fornecedor para discutir problemas ocorridos com materiais fornecidos, sem envolver a área de compras. Esta situação não é adequada, visto que as áreas usuárias não têm conhecimento sobre detalhes contratuais e sobre as obrigações do fornecedor.

- No período da realização dos levantamentos, ocorria um grande volume de questões litigiosas com fornecedores, absorvendo muito tempo do entrevistado C5, impossibilitando-o de dedicar maior foco para a inteligência de mercado em compras, para identificar oportunidades de redução de custos e melhoria de eficiência operacional.

Estudo de caso D

4.4.4 Estudo de caso D – Hospital de ensino universitário administrado por autarquia pública estadual (Hospital D)

Fundado em 1956, o hospital de ensino universitário focado no estudo de caso D é uma autarquia pública estadual, mantida pelo Governo de Estado de São Paulo e associada a uma grande universidade estadual paulista, para fins de ensino, pesquisa e assistência hospitalar. Localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo com mais de 600 mil habitantes, o Hospital D possui 877 leitos, caracteriza-se como um hospital geral de alta complexidade integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), como referência de nível terciário em sua região, composta por aproximadamente quatro milhões de habitantes. O Hospital D tem como missão desenvolver e praticar a assistência, o ensino e a pesquisa em saúde, com a busca permanente da excelência, para melhorar a qualidade de vida da população. Em sua visão de longo prazo, procura ser reconhecido, no país e internacionalmente, como referência em atenção à saúde, em geração de conhecimento e capacitação de profissionais na área de saúde.

O complexo hospitalar do Hospital D é constituído por três unidades, o hospital propriamente dito e uma unidade de hemoterapia, que estão localizados no campus universitário e uma unidade de atendimento emergencial, situada na região central da cidade.

No Hospital D são desenvolvidas atividades de ensino para os alunos dos seguintes cursos da universidade estadual pública: graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Informática Biomédica; pós-graduação em nível de mestrado e doutorado nas áreas acadêmicas anteriormente mencionadas; residência, com 70 programas de residência médica e 12 programas de residência multiprofissional; especialização e complementação especializada em áreas médicas e aprimoramento em programas de áreas não médicas, além de oferecer oportunidades de estágios aos alunos de universidades públicas estaduais e federais e para médicos formados há mais de dois anos, que são admitidos no quadro de estagiários do hospital como médicos adidos.

O Hospital D constitui-se num dos principais centros de pesquisa nas áreas médicas do país. O hospital foi pioneiro em vários procedimentos médicos e caracteriza-se como centro de referência em transplantes de órgãos, córneas, medula óssea e células-tronco, em fertilização assistida para reprodução humana, em cirurgias para tratamento de epilepsia, em hemoterapia, no tratamento de doenças infecciosas, no tratamento de cirurgia de fraturas, em reabilitação de pacientes de alta complexidade e em saúde da criança, além de outras especialidades médicas.

Por meio de um convênio autorizado pelo governo estadual, foi criada uma fundação para apoiar o Hospital D nas atividades de ensino, pesquisa e assistência à saúde, que é denominada neste estudo como Fundação D. Conforme o Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, em 2016 o Hospital D teve um quadro de 6.240 colaboradores, sendo 4.892 servidores públicos estaduais contratados pelo Hospital D e 1.348 funcionários contratados pela Fundação D. Dentre os colaboradores, 11% (aproximadamente 686) são médicos.

Restrições econômicas enfrentadas pelos órgãos governamentais, decorrentes da crise econômica que o país vem atravessando nos últimos anos, impediram o repasse de aumentos de custos em saúde aos hospitais públicos. Conforme informações do Relatório de Gestão do Hospital D, ocorreu o seguinte cenário nos últimos anos:

- As verbas totais recebidas pelo hospital para custear suas operações foram de: R\$ 625 milhões em 2014, R\$ 618 milhões em 2015 e R\$ 621 milhões em 2016;
- O aumento de custos em saúde apontados pelo índice Fipe Saúde foi de 7,02% em 2014, de 9,97% em 2015 e de 12,55% em 2016.

Apesar das restrições financeiras, o Hospital D manteve seu nível de atendimento à população, apresentando um crescimento de aproximadamente 1% na quantidade de internações realizadas nos anos de 2015 e 2016, em relação ao ano de 2014, conforme consta no Relatório anteriormente mencionado.

4.4.4.1 Planejamento e desafios estratégicos do Hospital D

Um uma entrevista²⁷ realizada no início de seu mandato na direção geral da organização hospitalar, o atual Superintendente do Hospital D abordou os projetos e desafios de sua gestão no quadriênio de 2015 a 2018. Em função das dificuldades econômicas existentes no país, apontou que um dos maiores desafios seria a obtenção de recursos financeiros para viabilizar o funcionamento do hospital, sem prejudicar nem o volume nem a qualidade do atendimento, para que o hospital possa cumprir seu importante papel na sociedade, com enormes responsabilidades de atenção à saúde, formação e treinamento de profissionais e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde.

O Relatório de Gestão 2017 do Hospital D indica que os principais desafios estratégicos da instituição são:

- Manutenção da qualidade e da excelência na instituição;

²⁷ A entrevista foi concedida em 29/04/2015 ao canal de TV mantido pelo complexo acadêmico do Hospital D e está disponível no canal de vídeos mantidos pela referida instituição em www.youtube.com.

- Garantia da qualidade e da oferta da prestação de serviços, sem causar impactos ambientais;
- Aprimorar a gestão das áreas administrativa e de finanças da organização hospitalar;
- Aumento da captação de recursos para pesquisa;
- Ampliação e fortalecimento das atividades de ensino e pesquisa;
- Tornar o atendimento mais humanizado;
- Consolidação do Hospital D como um hospital terciário.

Com base na revisão de literatura realizada, tem-se o entendimento de que a área de compras, por meio da gestão de relacionamento com fornecedores, tem bastante potencial para contribuir para que alguns dos desafios apresentados sejam superados.

A cada quatro anos ocorre a eleição de um novo Superintendente para liderar a organização hospitalar no próximo quadriênio. Conforme políticas de gestão estratégica adotadas no Hospital D, no início de um novo mandato efetua-se um planejamento estratégico para o quadriênio, a partir do qual é elaborado um plano de metas anual, que atende aos requisitos das normas do Ministério da Saúde para credenciamento de hospitais de ensino.

Conforme descrito no Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, o planejamento estratégico atualmente vigente foi elaborado para o quadriênio 2015-2018. Sua elaboração foi realizada de forma participativa com o envolvimento de representantes das áreas de Atenção à Saúde, Urgência e Emergência, Ensino e Pesquisa, Gestão Hospitalar e Gestão de Pessoas. Foram estabelecidas 12 diretrizes estratégicas, que geraram 32 objetivos estratégicos, dos quais derivaram 111 ações estratégicas.

A leitura e análise das diretrizes, objetivos e ações estratégicas sugere que o Planejamento Estratégico 2015-2018 não atribuiu para a área de compras um papel relevante nas ações estratégicas. Não foi identificada a incumbência de responsabilidades diretas à área de compras para atingir os objetivos estratégicos no período considerado.

Derivado da diretriz estratégica “aprimorar a gestão hospitalar administrativa-financeira” há um objetivo estratégico que estabelece “aprimorar a gestão de contratos” no Hospital D, “adequando prazos, integração e acompanhamento de forma mais centralizada”. É previsto acompanhar o cumprimento deste objetivo por meio do “percentual de redução das falhas de contratos, evitando contratações emergenciais e descobrimento das necessidades”. Embora sem menção explícita no Planejamento Estratégico, pode-se considerar que os gestores de compras tenham possibilidade de contribuir de modo decisivo para atingir este objetivo, por meio da integração com as áreas internas do hospital e na gestão das relações com fornecedores.

O processo de gestão de suprimentos consta como um dos processos de apoio do Planejamento Estratégico 2015-2018, que menciona “a garantia de abastecimento aos processos principais e de apoio, com otimização de recursos” como os requisitos do processo de gestão de suprimentos.

4.4.4.2 Importância estratégica, infraestrutura e capacitações dos profissionais da área de compras do Hospital D

a. Estrutura organizacional e infraestrutura do hospital e da área de compras

A responsabilidade pela gestão de compras no Hospital D pertence ao Departamento de Apoio Administrativo. Conforme informado no Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, o valor total das compras realizadas em 2016 foi de aproximadamente R\$ 129,3 milhões e a receita total em 2016 foi de R\$ 621 milhões, os dispêndios em compras equivaleram a aproximadamente 21% das verbas totais direcionadas para a instituição.

O Diretor do Departamento de Apoio Administrativo, principal gestor responsável por compras, reporta-se diretamente ao Superintendente do Hospital D. Reportam-se ao Superintendente, também, os diretores e gestores responsáveis pelas seguintes áreas: Divisão de Finanças, Divisão de Hotelaria Hospitalar, Divisão de Engenharia, Departamento de Apoio Médico, Departamento de Atenção à Saúde, Centro de Engenharia Clínica e Bioequipamentos, Coordenadoria da Unidade de Emergência, Assessoria Técnica, Gabinete da Superintendência, Unidade de Pesquisa Clínica e Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde.

O Departamento de Apoio Administrativo é dividido em duas áreas, a Divisão de Material, que cuida da gestão de compras e a Divisão de Nutrição e Dietética. A Divisão de Material é constituída pelas seguintes seções:

- Compras, com as subseções de Licitações, Dispensa de Licitação, Compra Direta, Cadastro de Fornecedores e Acompanhamento de Contratos;
- Programação e Controle de Estoque;
- Equipe Técnica;
- Almoxarifado, subdividido em Recepção e Controle e Movimentação e Estoque;

Os sistemas de tecnologia de informação disponíveis para a área de compras não são considerados adequados pelos entrevistados. As deficiências dos sistemas de informação são reconhecidas como um ponto fraco na organização, conforme apontado com clareza na análise SWOT realizada no processo de planejamento estratégico do período 2015-2018, publicado no

Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, que aponta que os “sistemas de tecnologia de informação não atendem todas as necessidades assistenciais e gerenciais”. As deficiências dos sistemas de tecnologia de informação da área de compras, segundo indicações dos entrevistados, estão resumidas no item 4.4.4.7.c (páginas 337 e 338). A carência de recursos financeiros é o principal motivo para a situação existente e, conforme informações do entrevistado D1, em dezembro de 2017 o Superintendente estava empenhado na busca de alternativas para viabilizar a implementação de novos sistemas de informação, fornecidos por empresas líderes no mercado de tecnologia de informação.

As equipes da Divisão de Material trabalham em um prédio próprio, localizado ao lado das dependências principais do Hospital D, facilitando o acesso e os contatos com as áreas clínicas e demais setores administrativos da organização hospitalar. As instalações são amplas, todas as áreas administrativas são climatizadas e cada seção trabalha em salas separadas e fechadas.

b. Participação do principal gestor de compras na alta administração do Hospital D

Conforme comentado no tópico anterior, o principal gestor da área de compras é membro da alta administração do Hospital D, reportando-se diretamente ao Superintendente, principal executivo da organização hospitalar.

O Diretor do Departamento de Apoio Administrativo, a seguir designado como entrevistado D1, é graduado em administração e pós-graduado em gestão de recursos humanos. Em sua trajetória profissional acumula 43 anos de experiência, sendo que nos últimos 28 anos vem atuando como servidor público concursado do Hospital D. Assumiu a direção da área de compras em meados de maio de 2016, após longo período como Diretor de Recursos Humanos da instituição. Nas etapas anteriores da carreira, atuou no setor industrial e adquiriu experiência em gestão de materiais, planejamento e programação de produção, programação de compras, custos etc.

O entrevistado D1 comenta sobre o bom relacionamento que mantém com o Superintendente, seu chefe. Ele é uma pessoa de fácil acesso, está sempre aberto para ouvir, discutir alternativas e apresentar sugestões para melhorias no desempenho das atividades da área de compras. Revela que esta atitude é usual nos superintendentes, e que os antecessores do atual líder tinham o mesmo tipo de conduta aberta, acessível e participativa.

c. Atuação estratégica da área de compras do Hospital D

O Superintendente do hospital tem consciência sobre a importância estratégica da área de compras e cobra uma atuação estratégica, afirma o entrevistado D1. Conforme expectativas do Superintendente, a área de compras não deve apenas realizar aquisições: deve comprar bem, aprimorar a relação custo-benefício das compras realizadas, comprar sabiamente, utilizando muito bem os recursos financeiros disponíveis no hospital.

Um foco prioritário da atuação estratégica são os principais fornecedores do hospital, em termos de volume financeiro adquirido. Como exemplo, menciona alguns contratos de alto valor financeiro, como lentes para cirurgias de catarata e contratos de locação de equipamentos para laboratório.

Outro foco prioritário é o estabelecimento de estratégias de compras e de ações de desenvolvimento, no sentido de buscar novas marcas de produtos e novas tecnologias de artigos médico-hospitalares. A responsabilidade para desempenhar este papel, denominado como inteligência de mercado, foi atribuída a um importante gestor da área de compras, que se reporta ao entrevistado D1 e exerce o cargo de Diretor Técnico de Saúde, a seguir designado como entrevistado D2.

O entrevistado D2 é graduado em medicina, com especialização, mestrado e doutorado em medicina e especialização em gestão de organizações de saúde. Possui experiência profissional de mais de vinte anos como médico, como docente concursado em curso de graduação em medicina e de pós-graduação em gestão hospitalar em universidades públicas, e como gestor hospitalar, com foco principal em gestão de materiais. Dentre outras atribuições no Hospital D, coordena as atividades de inteligência de mercado e a Equipe Técnica da Divisão de Material.

Para atingir os objetivos estratégicos da área de compras, são indicados pelo entrevistado D2 dois aspectos importantes: um deles é identificar oportunidades de melhoria e de redução de custos no mercado fornecedor, com a busca permanente de novos fornecedores, itens e tecnologias médico-hospitalares; o outro é estabelecer relacionamentos com os fornecedores, inicialmente para avaliar sua capacitação e, posteriormente, se ocorrer desempenho inadequado, chamar o fornecedor para conversar, sobretudo aqueles que costumam atrasar na entrega.

Os entrevistados D1 e D2 apontam as seguintes dificuldades para a área de compras exercer papel estratégico no Hospital D:

- Legislação: as restrições estabelecidas pela legislação de compras públicas constituem-se em um grande empecilho para a atuação estratégica do setor de

compras. Por exemplo, quando há um registro de preço e o fornecedor atrasa, ocorre uma situação muito complicada para ser regularizada. Até a negociação com o fornecedor é complicada: poderia ser negociado outro produto, porém, nem isto a legislação permite. Então, perde-se muito tempo: em algumas situações chega-se a perder em torno de 40 dias, em situações como estas.

- Recursos humanos: no caso específico do hospital D há carência de recursos humanos com capacitação adequada;
- Processos de trabalho: há ineficiências na maioria dos processos da área de compras. Existe uma iniciativa em andamento para redesenho de processos, definição de metas e indicadores de desempenho para mensurar os resultados atingidos pelos processos.

Conforme o entrevistado D1, devido ao pouco tempo de trabalho na direção de compras, ainda não foi possível alcançar os resultados que gostaria.

d. Formação acadêmica e capacitação dos profissionais de compras do Hospital D

A gestão de pessoas é um dos principais problemas gerenciais enfrentados na área de compras do Hospital D. Enfrentam-se diversas dificuldades, como falta de interesse, ausência de motivação e capacitação deficiente dos profissionais. Como exemplo, o entrevistado D1 cita o caso de um de seus assessores, que há seis meses está se esforçando para adequar o comportamento de alguns servidores no desempenho de suas tarefas corriqueiras.

A baixa remuneração dos profissionais e a ausência de um plano de carreira são reconhecidos como pontos fracos da instituição, conforme descrito na Análise SWOT que consta no Relatório de Gestão 2017 do Hospital D.

Comparando com as organizações privadas, o entrevistado D1 comenta sobre as dificuldades que são enfrentadas para a gestão das organizações públicas. Ressalta que as pessoas que ocupam posições de liderança no setor público precisam conhecer o funcionamento das organizações públicas e o comportamento típico dos funcionários públicos. Muitas vezes, gestores oriundos da iniciativa privada enfrentam dificuldades para gerir organizações públicas, devido à maior complexidade e maior dificuldade envolvida nos processos gerenciais, bem como com relação ao comportamento usual dos servidores públicos. Diferentemente do setor privado, onde um gestor tem o poder de demitir os funcionários que avaliar que não tenham perfil ou desempenho adequado, isto não é possível de ser realizado no setor público. Então, para administrar as empresas públicas torna-se necessário o convencimento do funcionário, para contar com seu apoio e melhorar o desempenho da organização. Este aspecto é tão

importante no Hospital D, que um fator primordial para que o entrevistado D1 fosse convidado para assumir a direção da área de compras, foi sua experiência anterior de aproximadamente 27 anos na área de gestão de pessoas.

Outro aspecto é a impossibilidade de admitir novos funcionários, devido proibição de novas contratações. O entrevistado D1 relata que deixa isto claro aos membros de sua equipe. Argumenta que não haverá aumento no quadro de funcionários no departamento. Pode ser que algumas pessoas saiam, mas não serão substituídas. Então, ele sempre coloca a seguinte questão: o que nós vamos fazer para melhorar e para manter a operação? Assim, procura convencer da necessidade de desenvolver melhores processos e melhores ferramentas para obter maior eficiência no trabalho.

Quando assumiu a direção do departamento, afirma o entrevistado D1, os funcionários não conversavam uns com os outros. Como já conhecia a todos e todos o conheciam e sabiam de sua atitude sempre justa e leal, passou a interagir com as pessoas. Aos poucos, conseguiu resgatar a confiança das pessoas e incentivar o trabalho em grupo, obtendo uma melhora substancial em relação ao período anterior.

Apesar dos poucos recursos disponíveis, busca-se na instituição treinar e desenvolver os recursos humanos, conforme objetivo definido no Planejamento Estratégico.

e. Integração interna e externa e colaboração com fornecedores

Os sistemas de informação utilizados no hospital não favorecem a integração das áreas internas, nem a integração externa com fornecedores. A administração do hospital tem ciência destas deficiências e as reconhece na análise SWOT, indicando como um ponto fraco a “baixa segurança dos dados informatizados (vulnerabilidade) e dificuldade em sua interoperabilidade”, conforme consta no Relatório de Gestão 2017. Para sanar as deficiências do sistema de informação, conforme informado pelo entrevistado D1, encontram-se em desenvolvimento na organização hospitalar iniciativas para a implantação de um novo sistema integrado de tecnologia de informação.

Com empenho e dedicação, os gestores e muitos funcionários da área de compras buscam superar as dificuldades sistêmicas e conseguem estabelecer um bom nível de integração com o corpo clínico e demais áreas médicas e administrativas do complexo hospitalar. Ocorrem contatos frequentes, por meio de realização de reuniões no setor de compras e nas áreas hospitalares e administrativas, ligações telefônicas e contatos por *e-mail*. Durante o período de realização das entrevistas constatou-se que alguns docentes da universidade, médicos do corpo clínicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde frequentam o prédio onde trabalha a equipe

de compras para reuniões de trabalho. É perceptível que existem vínculos de confiança e respeito entre os profissionais mencionados e os gestores e demais membros da equipe de compras.

Prevalece na área de compras o *layout* de salas fechadas, com divisórias e portas separando as diversas seções. Eventualmente, a mudança para *layout* aberto, com todos trabalhando num mesmo ambiente, poderia contribuir para maior integração entre as equipes internas.

A exemplo do que acontece nas relações internas com outras áreas do complexo hospitalar, as equipes de compras superam as dificuldades e estabelecem um nível adequado de integração com fornecedores, para possibilitar o bom andamento das operações. No entanto, em função de restrições impostas pela legislação de compras públicas, não ocorre o mesmo nível de integração com fornecedores atingidos pelos hospitais universitários privados estudados. Conforme discutido em outros tópicos deste estudo, a legislação de compras públicas coloca barreiras ao estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores.

f. Escopo de atuação e responsabilidades da área de compras do Hospital D

A Divisão de Material é responsável por realizar todas as aquisições necessárias às operações do complexo hospitalar do Hospital D, abrangendo o hospital propriamente dito, a unidade de hemoterapia e a unidade de atendimento emergencial.

Constituem-se em atribuições da Divisão de Material:

- Realizar contratos de compra de materiais e de prestação de serviços;
- Monitorar constantemente a qualidade dos serviços prestados pelas empresas contratadas, indicar não-conformidades de fornecimento e recomendar ações para melhoria no atendimento;
- Gerenciar a Seção de Programação e Controle de Estoque, com foco em:
 - Avaliar a composição dos estoques com o propósito de averiguar sua correspondência às reais necessidades;
 - Estabelecer parâmetros de gestão de estoque, com a definição de ponto de pedido e estoque mínimo e máximo para os materiais;
 - Emitir pedidos de compra para formação e reposição de estoques de materiais.

4.4.4.3 Ações para melhoria na gestão do relacionamento com fornecedores e na gestão de compras no Hospital D

O entrevistado D1 assumiu a direção do Departamento de Apoio Administrativo em maio de 2016. Anteriormente, a direção do departamento foi conduzida, pelo período aproximado de 18 meses, por uma profissional com vivência na gestão de compras na área privada do setor hospitalar, porém, sem experiência em compras no setor público. Com base em sua experiência na área privada, a diretora anterior realizou diversas modificações na estrutura organizacional e na forma de trabalho da área de compras do Hospital D. As alterações realizadas não produziram bons resultados e a gestora foi substituída pelo entrevistado D1, que aceitou o desafio de dirigir o Departamento de Apoio Administrativo.

Conforme informações de vários entrevistados, as alterações efetuadas na estrutura organizacional da Divisão de Material e outras mudanças introduzidas pela diretora anterior resultaram em impacto negativo no desempenho das atividades da área de compras. Por exemplo, houve a desestruturação da Equipe Técnica, com a transferência de profissionais muito experientes para outros departamentos da organização e foi extinto o cargo de Diretor da Divisão de Materiais, com a transferência da competente profissional que exercia a função. Muitas das atividades realizadas pela Equipe Técnica deixaram de ser feitas, pela inexistência de pessoas para executá-las e a extinção da posição de liderança, prejudicou sensivelmente a coordenação dos processos de trabalho, tornando-os ainda mais morosos. Insatisfeitos com os rumos que estavam sendo tomados pela direção, vários funcionários comprometidos e experientes migraram para outros departamentos. Como reflexo geral, o clima de trabalho entre as pessoas ficou muito ruim e os resultados da Divisão de Material pioraram.

Relata o entrevistado D1 que ao assumir a direção, registrava-se diariamente em torno de 1000 itens de estoque faltantes, sem que houvesse sido tomada nenhuma providência para reposição de aproximadamente metade destes itens. Na época de realização da entrevista, em meados de dezembro de 2017, aproximadamente 18 meses após o entrevistado D1 ter assumido a direção, o índice de itens faltantes foi reduzido na faixa de 80 a 90%, todos os itens faltantes estão adquiridos e sua ausência deve-se, principalmente, a atraso na data de entrega por fornecedores.

Desde que assumiu a direção, o entrevistado D1 vem liderando a implementação de diversas ações para melhoria na gestão de relacionamento com fornecedores e na gestão de compras. As ações de melhoria podem ser resumidas em: reestruturação organizacional da área de compras e implementação de inteligência de mercado, foco em melhoria dos processos de

gestão, ações para redução de custos nas aquisições, foco em redução no atraso da entrega pelos fornecedores e realização sistemática de *benchmarking*, conforme resume-se a seguir.

a. Reestruturação organizacional da área de compras e implementação de inteligência de mercado

O entrevistado D1 trabalha na reestruturação da área de compras. Inicialmente, montou uma assessoria composta por quatro profissionais, três deles com larga experiência na gestão de compras em hospitais públicos e uma quarta pessoa com experiência na área jurídica, para atuar na gestão de relacionamento com fornecedores inadimplentes. Os quatro assessores foram entrevistados para a realização deste estudo de caso. Em sua rotina diária de trabalho, eles interagem e apoiam todas as seções na realização de suas atividades. Busca-se, também, reativar o cargo de Diretor da Divisão de Materiais, a ser ocupado por um dos assessores atuais mencionados.

Dois pontos cruciais são apontados pelo entrevistado D1 para o bom funcionamento da área de compras do hospital D: o ressuprimento de materiais e a Equipe Técnica. Sem essas duas bases funcionando adequadamente, prejudica-se a realização dos demais processos da Divisão de Material. Assim, como a antiga diretora havia desestruturado a Equipe Técnica, foi preciso convencer a superintendência do hospital da necessidade de recompor a referida equipe. Então, o entrevistado D2, que havia sido transferido para outra área da organização hospitalar, voltou a liderar a Equipe Técnica, sendo-lhe atribuída a responsabilidade adicional de desenvolver a função de inteligência de mercado, conforme anteriormente abordado.

O entrevistado D1 relata que o entrevistado D2, Diretor Técnico de Saúde, assumiu suas responsabilidades com muita competência e que os resultados começaram a aparecer: dentro do escopo da função de inteligência de mercado, ele discute as compras feitas e a serem realizadas, negocia e desempenha um papel fundamental, que é a revisão das programações de materiais, além de orientar e liderar as atividades da Equipe Técnica.

b. Foco em melhoria dos processos de negócio da área de compras

A administração do Hospital D está ciente das deficiências nos processos de gestão lá utilizados. Isto é apontado com transparência na análise SWOT que consta no Relatório de Gestão 2017: “processos gerenciais desatualizados e morosos” e “inexistência de fluxos bem estabelecidos para processos de assistência, ensino, pesquisa e administrativos” são identificados como pontos fracos na organização hospitalar.

Esta situação também ocorre na área de compras e o entrevistado D1 deu início a um projeto de mapeamento, análise e redesenho de processos. Apesar do redesenho de processos ser um trabalho muito importante, a escassez de recursos impacta a velocidade de sua realização. A eventual realocação de profissionais para realizar a modelagem dos processos pode causar prejuízo às atividades essenciais na área. Então, a alternativa é analisar um processo de cada vez. Assim, atribuiu à sua assessora para assuntos administrativos, a seguir denominada como entrevistada D4, a responsabilidade de desenhar os modelos para representar a situação existente dos principais processos de negócio da área de compras.

Atuando há aproximadamente 16 anos no Hospital D, a entrevistada D4 tem profundo entendimento dos processos de gestão de compras da organização e é a substituta formal do diretor do departamento, durante as ausências dele. Com conhecimentos de *business process model and notation* (BPMN) efetua a modelagem de processos utilizando o *software* Bizagi.

O primeiro processo modelado foi o processo de registro de preços. Após o desenho do modelo *As Is*, foi realizada a análise do mesmo pelo diretor da área de compras e três de seus assessores (entrevistados D2, D3 e D4). Foram identificadas oportunidades de melhoria e foi definido o modelo *To Be*, que em seguida foi implementado. As modificações introduzidas resultaram na redução do ciclo total do processo em aproximadamente 60 dias.

Em meados de dezembro de 2017, período em que foram levantadas as informações para este estudo de caso, havia sido concluído o modelo *As Is* do processo de compras com dispensa de licitação e iriam ser agendadas reuniões para discussão e análise do modelo elaborado. Na sequência, o próximo processo a ser modelado seria o processo de compra com dispensa de licitação. O entrevistado D1 acredita que podem ser implementadas melhorias neste processo. Um dos focos será a ampliação da quantidade de fornecedores que participam dos processos de compra com dispensa de licitação, para aumentar a competição, melhorar a qualidade e reduzir preços.

c. Ações para redução de custos nas aquisições

Dentro do escopo das atividades de inteligência de mercado, encontram-se em andamento diversas iniciativas para redução de custos nas aquisições. Um destes projetos foca na redução de custos na aquisição de leite. No Hospital D adquire-se leite tipo C, que tem teor de gordura padronizado e é refrigerado, requerendo que os fornecedores realizem entregas diárias, em dois locais diferentes, nas dependências do hospital D e na unidade de atendimento emergencial. Em dezembro de 2017 encontrava-se em avaliação a alternativa de comprar leite tipo longa vida, que não necessita refrigeração e possui maior prazo de validade. Em função

destas características, mudanças na periodicidade de entrega, no volume entregue e nos requisitos de armazenagem podem contribuir para a redução de custos logísticos, diminuindo os custos totais de aquisição.

d. Foco em reduzir atrasos nas entregas pelos fornecedores

Um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores de compras do Hospital D são os atrasos nas datas de entrega pelos fornecedores. Buscando resolver este problema, o processo para a gestão das entregas de fornecedores foi melhorado. Anteriormente, se esperava ocorrer o atraso para efetuar contato com o fornecedor. Nos dias atuais, o contato é feito por duas funcionárias da sessão de Programação e Controle de Estoque, antecipadamente e de forma proativa: na metade do prazo previsto para a entrega dos materiais é realizado um contato com o fornecedor para confirmar a data da efetiva entrega. Diante da informação pelo fornecedor de eventuais dificuldades em realizar a entrega na data estabelecida, já são tomadas providências para suprir a futura falha do fornecedor.

O entrevistado D1 avalia que a situação atual está melhor, tem reduzido o atraso nas entregas. Comenta que anteriormente a situação estava insustentável, a todo momento havia ligações telefônicas reclamando sobre a falta de itens. Considera que, no caso de atrasos na entrega de itens importantes, não basta simplesmente aplicar uma sanção, deve-se trazer o fornecedor para conversar, para ele entender que tem que haver uma parceria, que se ele cumprir a parte dele, a parte do hospital é mais fácil de cumprir. O processo utilizado para resolução de irregularidades com fornecedores inadimplentes é descrito no tópico 4.4.4.6.a (páginas 332 a 335).

e. Realização sistemática de *benchmarking*

Para apoiar na melhoria da gestão da área, conforme os entrevistados D1 e D2, sistematicamente é realizado *benchmarking* em hospitais de porte similar, especialmente em hospitais universitários, incluindo o hospital C, para analisar as práticas utilizadas para gestão de compras. Usualmente, estas visitas são realizadas a cada dois ou três meses. O entrevistado D1 comentou que é usual também receber visitas de *benchmarking* de gestores de compras de outros hospitais universitários. Ressalta que não há um modelo de gestão de compras único que possa ser implementado. Devido às características peculiares do contexto vivenciado pelos hospitais públicos no Brasil, não é viável a importação de um modelo de gestão de compras de outro país.

4.4.4.4 Processos para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital D

Nas entrevistas realizadas, constatou-se a implementação no Hospital D de diversos processos de gestão de relacionamento com fornecedores definidos no *framework* desenvolvido, os quais são descritos a seguir.

a. Estabelecimento de estratégia e política para gestão de compras no Hospital D

Tratando-se de uma organização pública, a realização de compras no Hospital obrigatoriamente segue as determinações da Lei 8.666/93. As restrições impostas pela lei reduzem significativamente as possibilidades de os gestores de compras estabelecerem estratégias diferenciadas para gestão de compras e de fornecedores. Busca-se no Hospital D, seguindo rigorosamente os requisitos legais, utilizar práticas de inteligência de mercado, elaborar especificações técnicas com rigor, realizar pregões competitivos, selecionar criteriosamente os fornecedores, gerenciar as entregas e o desempenho dos fornecedores e otimizar os processos de negócio da área de compras para obter o melhor valor nas compras realizadas.

b. Padronização de materiais e medicamentos no Hospital D

A Equipe Técnica da Divisão de Material é responsável pela elaboração de especificação técnica para padronização e compra de itens médico-hospitalares, que abrangem materiais, dispositivos, equipamentos etc. Conforme mencionado anteriormente, o Diretor Técnico de Saúde, ou entrevistado D2, coordena as atividades da Equipe Técnica, que é composta por seis pessoas, incluindo o coordenador. Três pessoas têm formação técnica na área da saúde, sendo duas enfermeiras e uma técnica em laboratório, e as outras duas pessoas têm formação administrativa. A Equipe Técnica também acompanha a realização de testes de itens médico-hospitalares.

Os processos de elaboração de especificação técnica para padronização de itens foram detalhados pelo entrevistado D2 e são apresentados neste tópico.

- **Elaboração de especificações técnicas no Hospital D**

As especificações são efetuadas conforme demandas geradas pelas diversas áreas hospitalares. São efetuadas novas especificações sempre que há necessidade de aquisição de novos itens (materiais, equipamentos, sistemas ou serviços) e, quando necessário, são realizadas atualizações e adequações nas especificações existentes.

Existem duas entradas principais para solicitação de aquisição de novos itens, pela área de enfermagem ou pelos médicos, incluindo os docentes e demais pesquisadores que atuam no hospital, conforme discute-se a seguir.

▪ **Solicitações efetuadas pela área de enfermagem**

A área de enfermagem realiza uma reunião periódica que avalia novos produtos (materiais médicos, dispositivos de segurança etc.) que são apresentados por fornecedores. Esta é uma rotina de trabalho da enfermagem para identificar a introdução de inovações que possam contribuir para melhoria do tratamento dos pacientes, para aumento da segurança dos profissionais médicos na realização de procedimentos e/ou para a redução de custos. Usualmente, os representantes de vendas dos fornecedores entregam amostras dos novos itens e quando necessário, fazem demonstração de uso. Após o contato inicial com um novo item, discute-se na reunião periódica da equipe de enfermagem sobre a pertinência da realização de testes com este item. Quando pertinente, efetua-se a programação e realizam-se os testes.

A equipe de enfermagem normalmente mantém contato com fornecedores e cuida da avaliação de novos itens de uso corriqueiro no hospital. Normalmente, os médicos só se envolvem com a aquisição e testes de itens sofisticados, relacionados com sua área de especialidade, que correspondem, usualmente, aos itens mais caros e de maior valor agregado. Eventualmente, médicos de algumas áreas específicas, como cirurgia plástica e dermatologia, podem se envolver com testes de materiais mais simples, como curativos, por exemplo.

Desta forma, a maioria das solicitações de novas aquisições, e consequente necessidade de elaboração de novas especificações técnicas, vêm da área de enfermagem. Trata-se de um ponto positivo, sob o ponto de vista do Entrevistado D2, pois contribui para manter o hospital atualizado com inovações e novos itens da área médica, fator muito importante por tratar-se de um hospital universitário de referência nacional. Por outro lado, gera maior complexidade na gestão de estoque de materiais, devido ao aumento na quantidade de itens estocados. Outro aspecto a ser considerado é o possível aumento nos custos hospitalares, demandando criteriosa análise da relação custo-benefício, antes da introdução de novos itens no hospital.

Outra situação que pode demandar a elaboração de novas especificações técnicas é a regulamentação, determinada por órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou o Ministério do Trabalho e Emprego, de novos protocolos de segurança hospitalar, que resultem na aquisição de novos itens. Exemplo desta situação foi a determinação do uso exclusivo de agulhas injetáveis com dispositivos de segurança, estabelecida em meados de 2013 pelos órgãos mencionados. O atendimento desta regulamentação resultou em aumento de custos de aproximadamente um milhão de reais por ano, para o Hospital D.

▪ Solicitações efetuadas pelos médicos

Conforme informado pelo entrevistado D2, o contato direto de médicos com fornecedores e a ocorrência de solicitação diretamente pelos médicos para elaboração de especificações técnicas é menos comum. Normalmente, ocorre em áreas como endoscopia, terapia intensiva, cirurgia vascular, radiologia intervencionista, otorrinolaringologia, cardiologia e áreas cirúrgicas em geral, com destaque para a ortopedia. Nestes casos, usualmente trata-se de itens sofisticados, trazendo desafios adicionais na elaboração da especificação técnica, tais como a identificação a classificação do Siafísico de órteses e próteses.

Como rotina, após identificar a necessidade da aquisição de um novo item, o médico apresenta a justificativa para a compra deste item. Conforme o entrevistado D2, embora as solicitações de aquisição de novos itens sejam sempre justificadas por benefícios potenciais a serem atingidos, normalmente resultam em aumentos de custos. Dois caminhos podem ser seguidos pelo médico para solicitar a aquisição de novos itens:

- Requerer diretamente à área de Assessoria Técnica a compra do item, informando consumo previsto e eventual alteração da programação de consumo de itens relacionados. As solicitações de novos itens de uso rotineiro e de menor custo são geralmente encaminhadas por esta via, ou;
- Apresentar a solicitação de aquisição ao Comitê de Avaliação de Tecnologias (CAT) do hospital. Este caminho é obrigatório para compra de novos itens com alto custo.

O CAT tem como membros um grupo de docentes e alguns servidores da instituição. A presidência do CAT é geralmente exercida pela gestora responsável pela Assessoria Técnica da Superintendência do Hospital D. Atualmente, o entrevistado D2 não participa deste comitê. Participou por muito tempo, no passado, porém, devido à mudança de data da realização da reunião, deixou de participar. Considera que as reuniões são produtivas e que seria importante voltar a fazer parte do comitê.

O CAT tem a responsabilidade de analisar e decidir sobre a aprovação da aquisição de novos itens ou novas tecnologias, principalmente aqueles de maior custo. Existe um órgão no Hospital D, denominado Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) que apoia o CAT na tomada de decisão. O NATS é responsável por realizar a análise de valor de novos itens médico-hospitalares e de novas tecnologias médicas, elaborando um parecer técnico que é considerado pelo CAT na tomada de decisão de compra.

Conforme relato do entrevistado D2, muitas vezes existe algum nível de subjetividade nas decisões do CAT, devido à complexidade dos fatores envolvidos e a dificuldade de chegar-

se a uma conclusão precisa sobre os custos e benefícios do novo item, ou da nova tecnologia, que se encontra em análise. Busca-se sempre utilizar critérios da medicina baseada em evidências na tomada de decisão. Porém, mesmo estando baseados em evidências, não se pode garantir 100% de acerto nos pareceres e nas análises e, em consequência, nas decisões do CAT.

O entrevistado D2 ressalta que, usualmente, a avaliação de novas tecnologias é complexa: existem muitos parâmetros envolvidos e há dificuldades em estabelecer com precisão os benefícios a serem obtidos. Envolvem-se diversos aspectos, como recursos humanos e financeiros para desenvolver os estudos, questões éticas relacionadas com informações de pacientes, questões metodológicas para a condução de experimentos, dentre outros fatores. Para reduzir incertezas nos estudos, é comum buscar apoio na literatura e realizar *benchmarking* com outros hospitais.

O CAT realiza suas avaliações levando em conta a verba orçamentária disponível. O orçamento torna-se o principal fator limitante para a introdução de novas tecnologias, conforme as palavras do entrevistado D2: “A política do hospital, que eu acho que é correta, é crescer, trazer novas tecnologias, melhorar... o problema se refere ao objetivo do administrador: quanto vai custar isto?”.

Após a aprovação da aquisição de um novo item pelo CAT, é encaminhada para a área técnica a solicitação para elaboração da especificação técnica deste novo item.

- **Considerações sobre a elaboração de especificações técnicas**

Na visão do entrevistado D2, a elaboração de uma boa especificação técnica é essencial para possibilitar a aquisição dos itens com a qualidade adequada às necessidades dos pacientes do hospital: “Muitas vezes, para elaborar uma boa especificação técnica é preciso detalhar minuciosamente as características requeridas”. Nestes casos, deve-se tomar o cuidado de não direcionar a especificação para uma marca específica, buscando-se manter a ampla concorrência na aquisição do item, conforme sempre requerido nas compras públicas, no entanto, sem permitir que sejam adquiridos itens que não atendam adequadamente aos requisitos estabelecidos.

Nos hospitais públicos há necessidade de elaborar boas especificações para todos os tipos de aquisição, inclusive de materiais simples, como canetas esferográficas. Conforme exemplificado pelo entrevistado D2, imprecisão na elaboração da especificação pode resultar na compra de canetas esferográficas de má qualidade, que deixam de escrever logo no primeiro dia de uso. Existe na instituição uma especificação técnica detalhada de canetas esferográficas, que determina as características que devem ser atendidas pelos fornecedores, para possibilitar a compra de canetas com a qualidade adequada. Este mesmo princípio aplica-se para todas as

compras realizadas no Hospital D. Em algumas situações, como na elaboração da especificação técnica de itens muito sofisticados, são envolvidos os docentes, médicos ou demais profissionais que utilizam e tem familiaridade com o item a ser adquirido.

Levando em conta a diversidade e complexidade dos itens necessários às operações de um hospital universitário público, fica evidenciado que a elaboração de boas especificações para compra exige amplo conhecimento técnico, muita capacitação e experiência. O entrevistado D2 empreende grandes esforços para que as especificações técnicas possibilitem ampla concorrência, evitando a existência de fornecedores únicos.

Em algumas situações, a Equipe Técnica tem necessidade de aprofundar estudos para elaborar a especificação, com a identificação e análise de normas técnicas relacionadas ao item e de testes usualmente realizados para verificar o funcionamento e o desempenho do item, dentre outros fatores. Como exemplo, o entrevistado D2 relatou um trabalho recente realizado, referente a revisão de especificação técnica de papel toalha, utilizado para enxugar as mãos no hospital. Reclamações frequentes de diversos usuários foi um dos principais motivadores para realizar a revisão nesta especificação. Inicialmente, estudou-se normas e testes relacionados com o produto. A seguir, foram efetuadas reuniões com os três principais fabricantes de papel toalha que atuam no país, deixando claro aos mesmos que se estava realizando um estudo de viabilidade para melhorar a qualidade do papel toalha usado no Hospital D. As informações técnicas obtidas e o aprofundamento do entendimento de características de produtos e de formas de comercialização apoiaram a implementação de melhorias nas especificações técnicas, contribuindo para aprimorar a relação custo-benefício na compra de papel toalha para a instituição.

O aprofundamento do conhecimento das características técnicas e de formas de comercialização de itens hospitalares de maior complexidade e/ou de maior custo, contribui para mudanças na forma de aquisição destes itens, possibilitando redução de custos, além de simplificar processos operacionais. Para cada item são necessárias análises específicas, levando em consideração dados como volume consumido em determinado período, a necessidade de equipamentos especiais para utilização, o consumo simultâneo de outros materiais etc. Como exemplo, recentemente efetuou-se ampla análise de parâmetros envolvidos na aquisição e uso de contrastes para ressonância magnética e decidiu-se por mudanças na forma de aquisição, com redução dos custos totais de aquisição.

O entrevistado D2, atuando há muito tempo na área, comentou que no passado alguns docentes, em função de sua experiência profissional com itens de determinadas marcas, exigiam que fossem comprados itens destas marcas. Este tipo de conduta não ocorre nos dias atuais.

Quando necessário, como por exemplo no caso de solicitações de itens incomuns de maior custo, costuma realizar *benchmarking* com hospitais congêneres, para verificar o tipo de especificação utilizada para tais itens. Quando identifica informações conflitantes entre o item solicitado e a prática adotada por instituições congêneres, procura questionar respeitosamente o solicitante, argumentando sobre as especificações dos itens utilizados em outros hospitais universitários de referência. Outra atividade corriqueira de *benchmarking*, é a análise de editais de compra de itens divulgadas por hospitais congêneres do estado de São Paulo.

O entrevistado alertou para uma característica importante de hospitais universitários: os professores têm que fazer pesquisas e, em algumas situações, trocas de materiais podem interferir nos resultados das pesquisas. Desta forma, são evitadas substituições frequentes de itens que possam vir a alterar resultados de pesquisas científicas, como, por exemplo, “não se pode trocar a máquina de hemograma, a cada ano”. Portanto, ações de redução de custos tem que levar em consideração este aspecto, requerendo sempre uma análise criteriosa para a substituição de itens médico-hospitalares.

Depois de finalizada a elaboração da especificação, ela é encaminhada para a área de ressurgimento, onde um funcionário é responsável pela identificação e inclusão do código Siafisico do novo item na especificação e pela criação de um código interno para o item. É comum que este funcionário tenha dificuldades para identificar o código Siafisico e solicite informações da Equipe Técnica, gerando alguns conflitos. Encontram-se em discussão alternativas para mudanças neste fluxo, para agilizar a realização desta etapa do processo. Após a inserção do código Siafisico e criação da codificação interna, a especificação técnica está concluída e pode ser iniciada a aquisição do item.

• Especificação técnica e padronização de OPME no Hospital D

O entrevistado D2 indica que os OPME de melhor qualidade são importados e são fornecidos por seis a sete fabricantes internacionais. Informa que as especificações e demais informações que constam nos editais divulgados pela instituição para compra destes materiais são absolutamente claras, permitindo a ampla concorrência e garantindo a aquisição de materiais com qualidade adequada.

Ressalta que se tem longa experiência no Hospital D na elaboração deste tipo de especificação e respectivo edital, de forma que todos os requisitos para garantir o padrão de qualidade desejado, e, simultaneamente, possibilitar ampla concorrência, estão devidamente inseridos nas especificações que constam destes editais. Os cirurgiões ortopédicos que atuam na instituição utilizam, sem restrição, qualquer uma das marcas de próteses e órteses que atendam as especificações técnicas adotadas no hospital.

Situação similar ocorre com dispositivos implantáveis usados em cirurgias cardíacas, como *stents*. São utilizados *stents* com drogas e, conforme informações do entrevistado D2, a área de compras do Hospital D os adquire pelo menor preço dentre os hospitais públicos congêneres. A recomendação de utilizar *stents* com drogas foi feita pelo próprio laboratório de cateterismo e sua adoção no hospital possibilitou redução significativa nos custos. Existem diferenças entre os tipos de drogas utilizados pelos diversos fabricantes, porém, todos os *stents* são considerados similares e comprados pela mesma especificação técnica. Compra-se o *stent* oferecido pelo menor preço, dentre os que atendem a especificação e que são aprovados para uso na instituição. Todos são lançados no estoque no mesmo código e usados indistintamente nos procedimentos médicos.

O entrevistado D2 não mantém contato com fornecedores de OPME. Considera que a transparência existente no Hospital D, onde são rigorosamente seguidas as determinações estabelecidas pela legislação de compras públicas vigente, impossibilita a ocorrência de ações fraudulentas.

c. Segmentação de materiais, serviços e fornecedores no Hospital D

Utiliza-se a classificação ABC para segmentar os materiais conforme sua importância financeira e a classificação XYZ para definir a criticidade do item para as operações do hospital. Conforme a classificação de cada item nas curvas ABC e XYZ, são definidos os parâmetros para gestão de estoque e para priorização na aquisição, especialmente nos períodos em que ocorre contingenciamento ou atraso na liberação de verbas orçamentárias, gerando a necessidade de priorizar a compra de itens de maior criticidade.

O entrevistado D1 reconhece a importância da segmentação de fornecedores, porém, isto ainda não foi iniciado no Hospital D.

d. Seleção de fornecedores no Hospital D

A seleção de fornecedores ocorre no processo de licitação, porque a legislação de compras públicas não permite que seja vedado, a qualquer fornecedor que esteja cadastrado e legalmente habilitado, a possibilidade de participar dos processos licitatórios. Desta forma, o edital de licitação estabelece todos os requisitos que devem ser cumpridos pelo fornecedor para realizar a venda para a organização hospitalar.

Todos os requisitos estabelecidos para o fornecimento do item, incluindo a documentação que deve ser apresentada pelo fornecedor, são claramente descritos na especificação técnica que consta do edital de licitação. A eventual necessidade de realizar testes

de desempenho para marcas que não estão aprovadas no hospital é mencionada no edital. Os procedimentos adotados para realização destes testes é abordado a seguir.

- **Teste de avaliação de desempenho de itens para compra no Hospital D**

Para ser adquirido no Hospital D, qualquer item médico-hospitalar deve ser previamente testado e aprovado. Por força de lei, a Equipe Técnica tem obrigação de acompanhar todos os testes de avaliação de desempenho de itens para compra.

Conforme orientação da procuradoria jurídica do hospital, há obrigatoriedade legal de testar qualquer item vencedor de uma licitação pública. Além disto, deve-se indicar objetivamente os tipos de testes a serem realizados, bem como as justificativas para a execução dos testes. De acordo com o entrevistado D2, é bastante complexo estabelecer os critérios para aprovação de itens alternativos e a Equipe Técnica procura executar testes abrangentes, para minimizar riscos.

Conforme relatado pelo entrevistado D2, no passado havia contato direto de representantes de vendas dos fornecedores com membros da Equipe Técnica, para apresentação de novos itens, que nunca haviam sido utilizados no hospital. Os representantes entregavam amostras dos itens novos e solicitavam que eles fossem testados, visando aprovação para compra futura. Então, tais itens eram enviados aos usuários para serem testados e para ser elaborado um parecer sobre seu desempenho nos testes. Após ser recebido, o parecer era guardado nos arquivos da Equipe Técnica.

Reconhecendo que a Equipe Técnica não tem como responsabilidade incentivar o consumo de novos itens, mas acompanhar os testes para, embasada em parecer técnico da área responsável pelos testes, aprovar ou reprovar o item e elaborar sua especificação técnica, o coordenador da Equipe Técnica decidiu mudar o processo de trabalho. Ele bloqueou o recebimento de amostras de fornecedores por membros da Equipe Técnica, por entender que tais atividades resultavam em desperdício de tempo e desvio de foco das atribuições principais. Deste modo, aumentou o foco na elaboração de especificações, com ganhos de produtividade na área.

No caso de itens similares a itens já utilizados na instituição, um fabricante pode, a qualquer momento, oferecer amostras para execução de testes, visando obter aprovação de sua marca para uso no hospital. A realização deste tipo de testes é interessante para a instituição, visto que amplia a quantidade de fornecedores e pode reduzir prazos de processos licitatórios, caso um item aprovado nos testes vença uma licitação. Porém, caso um item que tenha sido reprovado nos testes vença um processo licitatório, torna-se obrigatório testar novamente o item.

e. Contratação de fornecedores no Hospital D

A contratação de fornecedores no Hospital D é efetuada de acordo com os requisitos da Lei 8666/93. Desta forma, são adotadas as mesmas modalidades de compra utilizadas no Hospital C. Pregão é a forma preferencial de aquisição e itens de qualquer valor podem ser adquiridos por pregão. Itens com valor total anual de aquisição menor ou igual a R\$ 8 mil podem ser adquiridos com dispensa de licitação. Itens com valor total anual de aquisição maior que R\$ 8 mil e menor ou igual a R\$ 80 mil podem ser adquiridos por convite. Itens com valor total anual de aquisição maior que R\$ 80 mil somente podem ser adquiridos em pregão.

Seguem alguns comentários efetuados pelos gestores entrevistados a respeito de contratação de fornecedores no Hospital D.

- **Contratação de fornecedores – aquisição de itens da classe C**

Um estudo realizado pelo entrevistado D1 comprovou que 66% das compras realizadas por dispensa de licitação, obrigatoriamente deveriam ser realizadas nesta modalidade de compra, porque são materiais de baixo valor licitatório. Existem aproximadamente 3700 itens de estoque da classe C da curva ABC, cujo valor financeiro de aquisição anual é inferior a R\$ 1 mil, que conforme a legislação vigente, podem ser adquiridos com dispensa de licitação.

Conforme o entrevistado D2, há várias dificuldades na aquisição de muitos itens da classe C, como por exemplo, de materiais didáticos. Existe uma grande diversidade de materiais e de especificações, tornando bastante complexa sua aquisição, além de ter demandar tempo excessivo, em relação à importância do item para as operações do hospital.

Conforme requisitos da legislação, para participar dos processos de aquisição de materiais e serviços do Hospital D, os fornecedores devem estar devidamente cadastrados no Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado de São Paulo (CAUFESP) e não podem estar sancionados, nem constar no cadastro de inadimplência das instituições públicas.

Dados do Relatório de Gestão 2017 do Hospital D indicam que em 2016 havia 13.568 fornecedores cadastrados, dos quais aproximadamente 10.500 estavam ativos e ocorreu a movimentação de 7.965 itens no almoxarifado de materiais e 825 itens na farmácia de medicamentos. Informações provenientes da mesma fonte apontam que, em média, no período compreendido entre os anos de 2012 a 2016, nos pregões para registro de preços foi obtido um desconto médio de 4,08% em relação ao preço estimado para os itens adquiridos.

Exercendo atualmente o cargo de Assessor do Diretor do Departamento de Apoio Administrativo, o entrevistado D3 tem longa experiência na gestão de compras públicas, tendo exercido o cargo de Diretor do Serviço de Compras do Hospital D por vários anos. Com base

em sua vivência, o entrevistado D3 revela que a conduta do pregoeiro nos pregões é fundamental para que se consiga reduzir os preços dos itens adquiridos. Buscando aprimorar o desempenho dos pregoeiros, o entrevistado D3 tem desenvolvido um trabalho junto a eles, para orientar o comportamento durante os pregões e sobre a aplicação de entendimentos legais, nas respostas aos recursos interpostos por fornecedores. Indica que tem conseguido obter bons resultados, com seus esforços.

- **Ampliar a base de fornecedores**

Há interesse da direção da área de compras em ampliar a base de fornecedores, de trazer novos fornecedores que possam contribuir para melhoria da qualidade e redução de custos. Em meados de 2017 foi firmado um contrato, por meio de processo licitatório, com uma empresa que disponibilizou uma plataforma eletrônica de compras, especializada em fornecedores do setor hospitalar. Com esta plataforma, novos fornecedores passaram a participar dos processos licitatórios. Porém, a expectativa dos gestores de compras era de que, pelo uso desta plataforma de compras, houvesse a inserção de uma quantidade maior de novos fornecedores.

- **Impossibilidade de pré-qualificar fornecedores para participar de editais de compras públicas**

A legislação de compras públicas não permite exigir pré-qualificação aos fornecedores de artigos médico-hospitalares para participação nas licitações. Então, conforme relata o entrevistado D2, após fechar o pregão, tem-se três classificados: se a marca do fornecedor vencedor do pregão não for aprovada para uso no hospital, são solicitadas amostras para realização de testes. Caso o desempenho nos testes não atenda a algum requisito da especificação, o fornecedor é reprovado. Em seguida, efetua-se a reabertura do pregão, chamam-se novamente os fornecedores e se a marca do segundo colocado não for aprovada no hospital, são solicitadas amostras para execução de testes. Caso o segundo colocado não for aprovado nos testes, repete-se o procedimento com o terceiro colocado.

Em caso de reprovação de itens nos testes, é usual que os fornecedores apresentem recursos, gerando a necessidade de analisar e responder aos recursos, atrasando ainda mais o processo. Se nenhum dos fornecedores for aprovado nos testes, o pregão “fracassa” e faz-se necessário republicar o edital e iniciar todo o processo licitatório, novamente. O entrevistado D2 afirma que, caso fosse permitida a pré-qualificação de artigos médico-hospitalares, haveria maior celeridade nos processos de licitação, com economia dos recursos públicos.

- **Recentes mudanças na legislação dificultam ainda mais as compras em hospitais públicos**

O entrevistado D2 ressaltou sua preocupação com recente alteração na legislação, que determinou a aplicação da Lei 147/2014 às compras públicas na área da saúde, que irá contribuir para tornar ainda mais complexa a realização de compras nos hospitais públicos: Compras com valor de até R\$ 80 mil, devem ser realizadas apenas de fornecedores enquadrados como micro e pequenas empresas e, para compras com valor acima de R\$ 80 mil, até 25% do valor deve ser adquirido de fornecedores enquadrados como micro e pequenas empresas. Esta lei, promulgada em 2014, não era aplicada na área da saúde, porém, recentemente houve uma interpretação judicial que estendeu sua aplicação ao setor de saúde. Na data da entrevista, em meados de dezembro de 2017, encontrava-se em discussão na instituição a correta interpretação desta lei e dos procedimentos que serão adotados para cumpri-la.

Potencialmente, seu cumprimento trará maior complexidade na realização das compras e na gestão de materiais adquiridos, como, por exemplo, codificação, controle de estoque e rastreabilidade de itens com a mesma especificação e comprados em um mesmo processo licitatório, porém, supridos por fornecedores diferentes.

Na opinião do entrevistado D2, realmente é necessário haver leis que regulem compras de micro e pequenas empresas, porém, deveria haver um esforço no país para simplificar os procedimentos e clarear a interpretação da legislação relativa às compras públicas. Considera as interpretações do Poder Judiciário como barreiras adicionais, que dificultam e tornam ainda mais morosos os processos de compras públicas de itens hospitalares: “Com a aplicação desta lei, cada processo licitatório vai se transformar em dois”.

- **Prorrogação de contratos com fornecedores**

A seção de acompanhamento de contratos tem como função monitorar o cumprimento de contratos com fornecedores e realizar tratativas relacionadas com prorrogações contratuais. É composta por três pessoas, a chefe da seção e mais duas funcionárias. Adota-se, na seção, o processo de trabalho sintetizado a seguir.

Alguns meses antes do vencimento do contrato as funcionárias da seção entram em contato com o usuário para verificar o interesse do mesmo em realizar a prorrogação do contrato. Havendo interesse do usuário, é realizado contato com o fornecedor, para verificar se existe interesse de parte dele na prorrogação do contrato. Havendo interesse de ambas as partes na prorrogação contratual, investiga-se as condições de preço vigentes no mercado para serviços similares, por meio da realização de cotação de preços. Se o preço continuar

competitivo, efetua-se a prorrogação. Caso os preços praticados no mercado estejam abaixo do preço do contrato, não é viável a prorrogação e torna-se necessário realizar nova licitação.

Quanto ao prazo, os contratos de locação são firmados pelo prazo inicial de um ano, podendo ser prorrogados, de comum acordo, por três vezes, até o máximo de quatro anos. Já os contratos de prestação de serviço são firmados pelo prazo de um ano, podendo ser prorrogados por quatro vezes, totalizando o máximo de cinco anos. A cada ano há necessidade de verificar o interesse das partes e as condições vigentes no mercado para decidir-se a respeito da viabilidade da prorrogação contratual. Tem-se a possibilidade de realizar contratos pelo prazo de 3 anos em situações onde haja necessidade de realizar investimento de valor elevado por parte do fornecedor.

Usualmente, caso se decida pela prorrogação do contrato, as funcionárias da seção tentam negociar redução nos preços cobrados, ou a manutenção do preço original praticado no período anterior, sem aplicação de eventuais reajustes, mesmo que haja previsão de reajuste contratual. Conforme consta no Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, as renegociações realizadas na área de compras para prorrogação de contratos com fornecedores nos anos de 2016 e 2017 geraram uma economia de aproximadamente R\$ 342 mil.

f. Avaliação de desempenho de fornecedores no Hospital D

A avaliação de desempenho de fornecedores inicia-se no recebimento de materiais e equipamentos, realizado no almoxarifado, e de medicamentos, efetuado na farmácia. Há no sistema informatizado uma tela denominada formulário de inspeção de recebimento. Para realizar o recebimento de qualquer item, material ou medicamento, é obrigatório o preenchimento desta tela. A partir da informação do prazo de entrega definido na documentação de aquisição do item, o sistema calcula o prazo decorrido até a data da efetiva entrega, informa se houve atraso na entrega e de quantos dias é o atraso.

Na inspeção de recebimento são verificados os seguintes aspectos: acondicionamento, especificação técnica, integridade da embalagem, laudo técnico (usualmente requerido para medicamentos e reagentes químicos, dentre outros), número do lote, marca, quantidade, *status* do produto, temperatura, condições do transporte e data de validade, ICMS, razão social e CNPJ. Registra-se no formulário eletrônico a conformidade com todos estes aspectos.

Cada entrega realizada pelo fornecedor é avaliada, por meio da atribuição de uma nota. A nota máxima é de 100 pontos, atribuída caso não haja nenhuma divergência em relação aos aspectos mencionados. Para cada divergência constatada na inspeção é efetuado um

desconto na pontuação, que é calculado automaticamente mediante o preenchimento do formulário eletrônico.

No início de cada ano, é realizado o cálculo da média das notas obtidas pelo fornecedor em todas as entregas realizadas no período de janeiro a dezembro do ano anterior, que corresponde a nota de avaliação atribuída ao fornecedor no ano que se findou. Atribui-se o conceito “bom” para fornecedores com nota média superior a 85 pontos. Conforme dados do Relatório de Gestão 2017 do Hospital D, no período de cinco anos compreendido entre 2012 a 2016, a média geral de todas as avaliações de fornecedores foi de 90,2 pontos.

A avaliação anual é enviada a cada um dos fornecedores, por e-mail. Anteriormente a avaliação era enviada por correio, mas em 2017 foi desenvolvida uma ferramenta pela área de sistema de informação que possibilitou o envio eletrônico das avaliações para os fornecedores.

Muitos fornecedores entram em contato para verificar quais foram os problemas de desempenho ocorridos e os funcionários da área de compras enviam informações detalhadas sobre os desvios de fornecimento. Nos últimos anos, afirma a entrevistada D4, houve redução dos atrasos de entrega, porém, este ainda continua sendo o problema mais grave relacionado com fornecedores.

Em 12/12/2017, o sistema de informação apresentava o seguintes *status* com relação às entregas realizadas no período de 1 a 12 dezembro de 2017: efetuadas 292 avaliações de fornecedores, das quais 282 avaliações foram consideradas boas.

Como a legislação não permite a desqualificação de fornecedores, podem ser aplicadas sanções a fornecedores que apresentarem desempenho inadequado. Conforme a entrevistada D4, esta é a única forma viável nos hospitais públicos para penalizar fornecedores ruins. Não há a possibilidade, como existe nos hospitais privados, de deixar de comprar de fornecedores que não apresentam desempenho adequado. A aplicação de sanções pode resultar no impedimento do fornecedor de participar de novos processos licitatórios para instituições públicas. Porém, há a necessidade de que todas as ocorrências estejam adequadamente documentadas para suportar o processo legal de aplicação de sanções ao fornecedor.

Ocorre que a penalidade aplicada ao fornecedor não implica, necessariamente, que haja impedimento de participar de novas licitações. Na maioria das vezes, ocorre apenas a aplicação de uma multa financeira, correspondente a uma porcentagem do valor do fornecimento. A Resolução da Secretaria da Saúde 92/2016 determina o cálculo da multa a ser aplicada aos fornecedores que atrasam a entrega, que é estabelecida de modo proporcional a quantidade de dias de atraso. Aplica-se a resolução 26/1990 para editais anteriores a publicação da Resolução

92/2016. O processo utilizado para resolução de irregularidades com fornecedores inadimplentes é descrito no tópico 4.4.4.6.a (páginas 332 a 335).

Como rotina de trabalho, relata o entrevistado D2, a Equipe Técnica acompanha o desempenho dos fornecedores, com atenção especial às marcas recentemente aprovadas. Em caso de desempenho inadequado, funcionários da Equipe Técnica assumem função mediadora, envolvendo as áreas usuárias, fornecedor e fabricante do item, para identificar as causas do problema e determinar ações para eliminá-las.

A avaliação de desempenho de fornecedores de serviços, tais como de serviços de lavanderia, de portaria e vigilância e de segurança e limpeza, é efetuada periodicamente por meio da aplicação de uma folha de verificação, na qual efetua-se o registro de eventuais irregularidades. Encaminha-se cópia da folha de verificação ao fornecedor do serviço, com estabelecimento de prazo para regularização das pendências.

A entrevistada D4 considera necessário reavaliar os critérios utilizados para avaliação de desempenho de fornecedores e a fórmula utilizada para calcular as notas atribuídas nas avaliações de fornecedores. Ela considera importante repensar estes assuntos, como uma forma de buscar a melhoria contínua. Porém, indica que, como ela perde muito tempo com atividades operacionais e controles paralelos no *software* Microsoft Excel, devido às deficiências do sistema de informação, há pouco tempo disponível para abordar algumas questões importantes, como o estudo de melhorias para o sistema de avaliação de desempenho de fornecedores.

g. Melhoria contínua na área de compras do Hospital D

Realiza-se medição de desempenho para apoiar esforços de melhoria contínua na área de compras do Hospital. Há um conjunto de indicadores de desempenho, relacionados aos três principais processos conduzidos pela área de compras do Hospital D: gestão de compras, gestão de fornecedores e gestão de estoque, que apoiam os esforços de melhoria contínua na organização. São utilizados os seguintes indicadores:

- Relacionados com o desempenho em compras: variação entre preço de aquisição estimado e realizado; e valor financeiro das compras;
- Relacionados com desempenho de fornecedores: avaliação de desempenho de fornecedores de materiais, equipamentos e medicamentos; quantidade de ocorrências na entrega de materiais, equipamentos e medicamentos; avaliação de fornecedores de serviços; e indicadores específicos relacionados ao fornecedor de serviços de lavanderia (índice de devolução de enxoval e porcentual de evasão e baixa de enxoval hospitalar);

- Relacionado com a gestão de estoques: giro de estoque do almoxarifado.

Com relação ao indicador de giro de estoque do almoxarifado, dados do Relatório de Gestão 2017 do Hospital D indicam que este indicador vem piorando, nos últimos anos. O melhor índice apurado foi em 2013, quando o giro de estoque foi de 10,2 vezes, no ano. Nos anos seguintes, o índice piorou, ano a ano, atingindo 6,9 vezes, no ano de 2016.

Conforme informado pela entrevistada D4, em cada sessão da área de compras há indicadores específicos, com foco principal em mensurar a produtividade de cada equipe. Esses indicadores são calculados mensalmente e submetidos à apreciação do diretor da área. O conceito de "gestão à vista" não é praticado na organização e os indicadores não são expostos em painéis de resultados.

4.4.4.5 Estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital D

Conforme anteriormente abordado, a legislação de compras públicas estabelece como regra a contratação de fornecedores por licitação, impossibilitando aos gestores de compras de hospitais universitários públicos o desenvolvimento de estratégias similares às adotadas pelos hospitais universitários privados para gestão de relacionamento com fornecedores.

4.4.4.6 Outros processos e práticas adotados para gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital D

Resume-se neste tópico o processo utilizado no Hospital D para resolução de irregularidades com fornecedores com inadimplências e as atividades da equipe de gerenciamento de riscos relacionadas com a qualidade de materiais médico-hospitalares e medicamentos.

a. Resolução de irregularidades com fornecedores inadimplentes

O Diretor do Departamento de Apoio Administrativo tem uma assessora para assuntos jurídicos, responsável por cuidar de questões relacionadas com fornecedores inadimplentes, cuja maioria corresponde a fornecedores com atrasos na entrega de materiais ou medicamentos.

Como rotina de trabalho, ao identificarem no sistema de informação a ocorrência de atraso na entrega de materiais ou de medicamentos, os funcionários do almoxarifado ou da farmácia, emitem um comunicado informando ao fornecedor a ocorrência do atraso e solicitando a regularização do fornecimento em regime de urgência, que caso não ocorra, resultará em penalizações e inscrição no cadastro de inadimplência das instituições públicas, que impede a participação em licitações públicas.

Decorrido o prazo estabelecido no comunicado e caso a entrega não tenha sido regularizada, o assunto é encaminhado para a Assessora para assuntos jurídicos do Diretor do Departamento de Apoio Administrativo, a seguir identificada como entrevistada D5. Com experiência profissional como advogada em empresas do setor privado e mestrado profissional em gestão de organizações de saúde, a entrevistada D5 trabalha desde o início de 2016 no Hospital D e atua com foco predominante em solucionar problemas com fornecedores que apresentam inadimplência contratual.

Os casos de atraso de entrega são analisados pela entrevistada D5, que pode tomar uma das seguintes providências: estabelecer contato informal com o fornecedor para tentar solucionar amigavelmente a pendência, notificar extrajudicialmente o fornecedor e cobrar providências para regularização ou abrir um processo administrativo para aplicação de penalizações ao fornecedor.

O contato informal é realizado principalmente para os casos mais delicados, em que busca-se evitar que ocorra um distrato contratual, porque isto irá causar maiores transtornos para a organização hospitalar, podendo gerar falta de materiais ou medicamentos e necessidade de realização de processo de aquisição em regime de urgência. Assim, estabelece contato com o fornecedor por telefone, e-mail, ou com o agendamento de reunião nas dependências do hospital D e tenta-se abordar a problemática para amigavelmente dirimir a questão. Nas tratativas com o fornecedor, ela deixa claro que, caso não consiga que sejam regularizadas as pendências existentes, serão tomadas medidas mais drásticas, as quais serão financeiramente mais onerosas para o fornecedor. Relata que muitas vezes consegue solucionar as questões de modo amigável.

Em algumas situações, opta-se por efetuar uma notificação extra judicial ao fornecedor. Nestes casos, a entrevistada D5 elabora o texto da notificação e o encaminha para apreciação pelo responsável pela procuradoria jurídica da instituição. Após aprovação pelo procurador, o documento é encaminhado para assinatura pelo Superintendente do Hospital D, sendo a seguir realizada a notificação ao fornecedor por correio, com aviso de recebimento, e concede-se ao fornecedor um prazo de cinco a dez dias para se manifestar.

A entrevistada D5 menciona que as empresas internacionais normalmente têm maior preocupação com aspectos de conformidade com leis e normas e tendem a cumprir com rigor os termos acordados nas negociações realizadas para regularização nos fornecimentos. Relata uma ocorrência em que, após notificar extrajudicialmente uma grande indústria farmacêutica internacional, recebeu uma ligação telefônica da principal executiva da empresa no Brasil, demonstrando sua preocupação com o ocorrido e buscando resolver prontamente a pendência

registrada. No entanto, indica que alguns fornecedores são reincidentes nos atrasos de entrega, é comum notificá-los e aplicar penalizações, porém, eles pagam as multas e continuam a fornecer e a registrar irregularidades nas entregas.

Em diversas situações opta-se pela abertura de um procedimento administrativo que envolve o relato dos fatos ocorridos, abordar o que estabelece a legislação aplicada para aquele fato específico e sugerir a abertura do procedimento administrativo. Após a apreciação do caso, se a autoridade competente autorizar a abertura de procedimento administrativo, notifica-se o fornecedor, que tem um prazo para se manifestar e exercer seu amplo direito de defesa. Vencido o prazo, insere-se o processo em um ambiente eletrônico denominado E-sanções e mediante análise do processo, a autoridade competente toma a decisão final, que pode resultar na aplicação de penalizações ao fornecedor, como multas ou o impedimento de participação em licitação pública, ou a acumulação das duas penalidades.

No passado, não era frequente a abertura de procedimentos administrativos para penalizar fornecedores inadimplentes, o que pode ter contribuído para que houvesse hábito em atrasar as entregas para o hospital. A partir de meados de 2016, com a contratação da entrevistada D5, passou-se a intensificar a abertura de procedimentos administrativos.

Em situações mais graves, como por exemplo, quando o atraso deve-se a situações fora do controle do fornecedor, como no caso de greves portuárias que impedem a importação de materiais e insumos, busca-se alternativas para aquisição do item faltante. Nestes casos, procura-se cobrar do fornecedor a diferença a maior paga na aquisição do item de um fornecedor alternativo. Inicialmente, busca-se realizar essa cobrança de modo extrajudicial. Caso não haja acordo, a documentação é enviada para a procuradoria jurídica, para aplicação das medidas cabíveis.

Um dos motivos para a contratação da entrevistada D5 foi desafogar a procuradoria jurídica dos casos mais simples e corriqueiros. Então, nos casos que requerem apenas uma decisão operacional, baseados em parecer referencial já emitido pela procuradoria de justiça do hospital, ela emite uma manifestação simples ao fornecedor, com base no parecer referencial, junta o parecer ao comunicado, colhe a assinatura do diretor da área de compras e envia o documento ao fornecedor.

Como exemplo, para casos como pedido de realinhamento de preços, pedido de cancelamento de ata de registro de preço e mudança de CNPJ já existe uma posição uniforme da procuradoria de justiça, de modo que qualquer pedido deste tipo é tratado diretamente pela entrevistada D5, sem sobrecarregar os procuradores.

A entrevistada D5 também se envolve em situações em que há recusa do fornecedor em cumprir condições acordadas em processo de aquisição com dispensa de licitação, tomando providências para que os termos acordados sejam efetivamente cumpridos pelo fornecedor. Além disto, dá assistência para a sessão de Contratos: problemas oriundos de contratos que não possam ser resolvidos pelas funcionárias da seção são encaminhados para análise pela entrevistada D5, que ajuda na análise do contrato e indica possíveis alternativas.

b. Gerenciamento de risco e qualidade de materiais médico-hospitalares e medicamentos

Há na instituição uma equipe responsável por gerenciamento de risco, que se reporta para a Assessoria Técnica da Superintendência do Hospital D. A equipe é constituída por profissionais com formação na área da saúde e se envolve com não-conformidades relacionadas com a utilização de materiais médico-hospitalares e medicamentos, que foram previamente aprovados para uso no hospital. Após verificar algum problema na utilização de determinado item, o usuário registra uma ocorrência no sistema de informação do hospital. A partir deste registro, a equipe de gerenciamento de risco investiga se o problema foi efetivamente gerado por deficiência na qualidade do item, ou se foi causado pelo uso inadequado do mesmo. Em situações de maior gravidade, os responsáveis pelo gerenciamento de risco notificam a Anvisa sobre a ocorrência. Como rotina, são encaminhados aos fornecedores solicitação de ressarcimento pelos desvios de qualidade.

Os dados das notificações de não-conformidades gerados pela equipe de gerenciamento de riscos são considerados nos processos de qualificação de marcas, fabricantes e fornecedores.

c. Comentários sobre a atuação estratégica da área de compras no Hospital D

Na análise do Planejamento Estratégico 2015-2018 do Hospital D identificou-se carência de atribuições de atividades estratégicas à área de compras. No entanto, o levantamento e análise de informações confirmou que a área de compras vem realizando atuação estratégica no Hospital D. Como uma possível explicação para a ausência de atribuições de maior relevância no planejamento estratégico, pode-se inferir que a profissional responsável pela direção de compras, que na época em que foi realizado o Planejamento Estratégico 2015-2018 havia sido recém admitida na organização, não tinha conhecimento suficiente do contexto da organização ou do papel estratégico que poderia executar e não exerceu influência para dar destaque à área de compras nos objetivos e ações estratégicos do período.

Conforme argumentou-se anteriormente, se constitui uma responsabilidade do principal gestor de compras compreender o contexto vivenciado pela organização e propor ações para a

área de compras contribuir para a organização hospitalar atingir seus objetivos estratégicos. Tem-se a percepção, após os contatos realizados com o atual diretor de compras do Hospital D, e seu principal assessor, o entrevistado D2, que ambos possuem profundo entendimento do potencial de agregação de valor da área de compras para a organização hospitalar e que certamente influenciarão para que no Planejamento Estratégico 2019-2022 do Hospital D seja atribuída importante participação para a área de compras.

4.4.4.7 Dificuldades enfrentadas com a gestão de relacionamento com fornecedores no Hospital D

Na opinião dos entrevistados, foram indicadas as seguintes dificuldades.

a. Dificuldades para redução de custos e padronização de itens

- **Custos considerados como questão secundária por muitos médicos**

O entrevistado D2 indica que em alguns hospitais, principalmente nos hospitais universitários públicos, a preocupação com custos tende a ser secundária. Existe uma corrente de médicos docentes que acha que não se deve pensar em custos. Alguns docentes não têm ideia da importância dos custos para a operação da organização hospitalar: há forte ênfase em aspectos humanitários, no tratamento do paciente, no desenvolvimento de pesquisas, na formação de recursos humanos e a questão de custos acaba ficando em segundo plano.

- **Docentes não se reportam ao Superintendente do hospital**

Conforme o entrevistado D1, uma dificuldade na redução de custos no hospital refere-se ao fato de que os docentes da Faculdade de Medicina, que chefiam as equipes médicas das especialidades do hospital, não se subordinam ao Superintendente do Hospital D. Na verdade, o Superintendente atua como facilitador para que os docentes realizem as atividades de ensino, pesquisa e assistência. Então, existe a necessidade de negociar com os docentes para convencê-los sobre as limitações de verbas orçamentárias que existem no hospital e encontrar alternativas para que o hospital cumpra suas funções, mesmo enfrentando restrições orçamentárias.

- **Dificuldades para aprovação de novas marcas de produtos**

Apontam os entrevistados D1 e D2, que existem algumas questões culturais na organização hospitalar, de que muitos profissionais, de diversas áreas médicas e não médicas, preferem determinadas marcas de produtos, pelo simples fato de estarem habituados a utilizar aquele produto. Assim, apresentam resistência a mudança de marcas, tornando mais complexo o processo de desenvolvimento de alternativas de fornecedores e de redução de custos. Mencionam, como exemplo, dificuldades enfrentadas para aprovar uma marca alternativa de

cateteres, após a Anvisa ter cancelado a licença da marca de cateteres que era preferida pelos médicos.

b. Dificuldades com fornecedores

- **Dificuldades na entrega de materiais - entrega de produtos de outras marcas**

Os entrevistados D1 e D2 comentam sobre as dificuldades que são enfrentadas quando o fornecedor afirma que não tem disponível para entregar o item com a marca que foi comprada. Quando há estoque disponível, é possível a recusa, para forçar o fornecedor a entregar a marca comprada. Porém, quando não há estoque e existe o risco de desabastecimento, a única alternativa existente é aceitar receber o item da marca diferente.

- **Desinteresse de grandes fornecedores em vender para o setor público**

O entrevistado D2 comenta sobre desinteresse de grandes fabricantes, como por exemplo de papel-toalha, em participar de licitações públicas.

- **Dificuldades para identificar novos fornecedores**

O entrevistado D1 afirma que um problema sério enfrentado é a identificação de novos fornecedores. O próprio mercado fornecedor coloca dificuldades para isto. Assim, para vários itens, existem apenas um ou dois fornecedores, excluindo os itens com fornecedores exclusivos. O entrevistado D2 chega a ligar para os fabricantes, para verificar a disponibilidade de determinados itens. É usual os fabricantes não demonstrarem interesse e direcionarem a consulta para seus representantes.

c. Dificuldades com o sistema de informação

- **Sistema de informação não foi construído de forma integrada**

Foram desenvolvidos módulos isolados, para resolver problemas específicos de algumas seções. É usual que ao introduzir uma melhoria em um sistema, ocorram interferências em outros módulos.

- **Sistema não fornece informações necessárias**

Há necessidade de exportar dados para o *software* Microsoft Excel, para elaborar planilhas para obter alguns dados necessários. Conforme a entrevistada D4, perde-se muito tempo na elaboração de planilhas para obter informações não disponíveis no sistema de informação. O entrevistado D1 comenta que o Superintendente cobra uma série de indicadores, porém alguns não é possível calcular, devido limitações do sistema de informação.

- **Carência de recursos humanos na área de sistema de informação**

Os analistas da área de sistema de informação são muito capazes e colaborativos, porém a demanda é muito grande e não conseguem atender a todos.

d. Dificuldades decorrentes da legislação de compras públicas

Comparando as realidades existentes entre os hospitais administrados pela iniciativa privada e hospitais públicos, o entrevistado D1 menciona que os gestores de hospitais privados tomam suas decisões de compra conforme as necessidades da organização hospitalar, em relação à forma de realizar a compra, à marca a ser adquirida, à quantidade a ser comprada e à data de realização da compra. Já nos hospitais públicos, a legislação de compras públicas impõe muitas restrições aos gestores e torna os processos de aquisição mais morosos e complexos.

e. Dificuldades financeiras

Afirma o entrevistado D1 que enfrentam-se muitas dificuldades financeiras na organização hospitalar, devido restrições orçamentarias do setor público e crise econômica no país. As dificuldades financeiras tornam muito mais complexo o trabalho na área de compras.

5 Análise dos casos e conclusão

Após a apresentação, no capítulo anterior, dos relatórios do estudo de casos, efetua-se no presente capítulo o desenvolvimento da análise dos casos e a elaboração da conclusão, possibilitando responder à questão de pesquisa II (como é realizada a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados?).

A análise dos casos é efetuada a partir do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores desenvolvido no Capítulo 3. Busca-se confrontar os aspectos teóricos prescritos nos construtos do *framework*, com a situação real constatada nos estudos empíricos. Em cada tópico procura-se discutir, de modo comparativo, os aspectos relatados em cada caso, comparando-os entre si e com relação ao *framework*, para construir uma argumentação com base nas evidências encontradas, que permita elaborar conclusões a respeito da implementação de gestão de relacionamento com fornecedores nos hospitais universitários estudados.

A análise dos casos está estruturada nos seguintes tópicos:

- Construto 1 – Suporte da alta administração e infraestrutura;
 - Estrutura organizacional dos hospitais e da área de compras;
 - Suporte da alta administração e reconhecimento de compras como função estratégica;
 - Infraestrutura de tecnologia de informação;
- Construto 2 – Desenvolvimento de capacitações;
 - Formação acadêmica e capacitação dos profissionais da área de compras;
 - Integração interna e externa e colaboração com fornecedores;
- Construto 3 – Processos de gestão de relacionamentos com fornecedores;
 - Análise individual dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores estabelecidos no *framework*;
- Principais estratégias adotadas para gestão de relacionamentos com fornecedores;
 - Atuação estratégica da área de compras nos hospitais universitários;
- Outros processos e práticas utilizados para gestão de relacionamentos com fornecedores, específicos de cada organização hospitalar;
 - Compras conjuntas entre hospitais privados;
 - Administração de hospitais públicos pelos Hospitais A e B;
 - Implantação de estruturas de inteligência em compras nos Hospitais C e D;
- Dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamentos com fornecedores.

Análise dos casos

5.1 Análise dos casos A, B, C e D

5.1.1 Análise em relação ao Construto 1 – Suporte da alta administração e infraestrutura

a. Estrutura organizacional dos hospitais e da área de compras

A estrutura organizacional dos Hospitais A e B é bastante similar. Mantidos por instituições filantrópicas sem fins lucrativos, os dois hospitais têm uma estrutura de governança composta por vários órgãos, incluindo conselhos e órgãos diretores não remunerados, aos quais se reportam uma diretoria executiva, que é responsável pela administração dos hospitais. Igualmente, nos dois hospitais, a diretoria executiva é composta por profissionais contratados: a presidência da diretoria executiva é exercida por um médico, ao qual reporta-se um CEO, que não possui formação em medicina e lidera os diretores executivos. A diretoria do Hospital A é composta por quinze diretores e a do Hospital B, por dez diretores.

A estrutura organizacional dos Hospitais C e D é bastante similar, porém, mais simples que a dos hospitais privados. A alta administração é composta por três órgãos, Conselho Deliberativo, Superintendência e Diretoria Clínica. Nos dois hospitais, os Superintendentes são eleitos para um mandato de quatro anos. O Superintendente do Hospital C é um profissional contratado, que possui formação em engenharia, a quem se reportam dez diretores. No Hospital D, a Superintendência é exercida por um médico, docente da universidade pública, a quem se reportam treze diretores.

Nos quatro hospitais, o principal gestor da área de compras é membro da diretoria executiva. Similarmente, nos quatro hospitais o diretor responsável por compras dirige, também, a área de logística, envolvendo as atividades de gestão de estoque e controle de almoxarifados de materiais. No Hospital D, o diretor de compras comanda, também, a área de nutrição. Recentemente, o diretor da área de compras do Hospital B expandiu suas responsabilidades, assumindo a direção de mais seis áreas da organização.

A estrutura organizacional da área de compras dos hospitais estudados tem as seguintes características: no Hospital A é constituída por quatro departamentos, compras de materiais; compras de serviços; gestão estratégica de fornecedores; e planejamento e logística; no Hospital B, é dividida em dois departamentos, suprimentos e contratos, e um núcleo responsável por

gerenciamento de riscos de fornecedores; no Hospital C é composta por quatro setores, compra de produtos, contratação de serviços, logística e equipe de suporte técnico à diretoria; no Hospital D é segmentada em quatro setores, compras; programação e controle de estoque; equipe técnica; e almoxarifado.

Comparando a estrutura organizacional da área de compras dos quatro hospitais, apontam-se duas observações principais. A primeira refere-se a forma adotada para organizar as compras. Os Hospitais A e C separam as compras de serviços e de materiais (ou produtos) em dois setores distintos, com um gestor experiente responsável por cada setor. No Hospital B, ocorre uma divisão inicial na aquisição de itens diretos e indiretos, com posterior separação em oito células especializadas em categorias de compra. No Hospital D há um setor único que realiza todos os tipos de compras. No ponto de vista dos diretores de compras dos Hospitais A e C, a separação das compras em materiais e serviços ajuda a melhorar a eficiência.

A segunda observação refere-se a um aspecto diferenciador na estrutura organizacional da área de compras do Hospital A. Com estrutura independente, sem envolvimento nas atividades transacionais das compras e com foco em qualificação, avaliação de desempenho, resolução de não conformidades e desenvolvimento de fornecedores, a atuação do departamento de Gestão Estratégica de Fornecedores tende a favorecer a gestão de relacionamento com fornecedores.

b. Suporte da alta administração e reconhecimento de compras como função estratégica

Contata-se que um requisito importante para atuação estratégica da área de compras é cumprido nos quatro hospitais: todos os diretores de compras são membros da alta administração da organização hospitalar, ocupando uma cadeira na diretoria executiva.

Com isto, confirma-se a tendência apontada por O'Connor e Schneller (2011) de que alguns hospitais passaram a atribuir maior importância à gestão da cadeia de suprimentos, atribuindo ao executivo responsável pela área o mesmo nível hierárquico dos executivos das áreas médicas e de finanças.

De forma unânime, os diretores de compras dos Hospitais A, B, C e D indicaram que são apoiados pelos superiores hierárquicos e pelos pares, os diretores das outras áreas do hospital. Além disto, todos afirmaram que a área de compras é considerada estratégica em sua organização. Em todos os casos, foram apontadas evidências objetivas que confirmam as falas dos diretores.

Pode-se considerar que a constatação destes dois fatos, o reconhecimento da função compras como estratégica para a organização hospitalar e o apoio concedido pela alta

administração à área de compras, como registros relevantes para a literatura acadêmica de gestão da cadeia de suprimentos em organizações hospitalares.

Em estudos anteriores, Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) indicaram falta de apoio da alta administração dos hospitais à área de compras e Mettler e Rohner (2009), apontaram que a ausência de apoio da alta administração dificultava a atuação estratégica da área de compras.

c. Infraestrutura de tecnologia de informação

Foram verificadas três situações distintas em relação à infraestrutura de tecnologia de informação dos quatro hospitais. Nos Hospitais A e B prevalece a opinião de que os sistemas de tecnologia de informação implantados são adequados e atendem às necessidades. O Hospital C encontra-se em uma situação intermediária, houve uma melhoria significativa em relação ao passado, porém, ainda existem aspectos a serem melhorados. No Hospital D há consenso sobre a necessidade de melhorias nos sistemas de informação.

O Hospital A utiliza um sistema ERP fornecido pela empresa SAP, que consolida todos os processos de compras. No Hospital B são utilizados dois sistemas de informação, que operam de forma integrada, o sistema ERP Tasy, desenvolvido para as necessidades específicas de organizações hospitalares e o sistema GTPlan, que é utilizado para gestão de estoques e avaliação de fornecedores.

No Hospital C, os sistemas computacionais desenvolvidos internamente foram substituídos por três *softwares*: Microsoft Dynamics, que realiza as atividades transacionais de compras; MV, que faz a gestão de recebimento, estoque e consumo de materiais; e Ilogix, que integra informações do CD e dos almoxarifados, para apoiar a gestão de estoque e priorização de compras. Embora tenha havido melhoria significativa em relação ao passado, a implementação dos novos sistemas ainda não foi totalmente finalizada e uma parte dos processos de compra ainda é realizada em papel.

A necessidade de implantar melhorias nos sistemas de informação do Hospital D é amplamente reconhecida por todos os gestores de compras. Os sistemas de informação disponíveis foram desenvolvidos internamente, não estão totalmente integrados e não fornecem todas as informações necessárias, havendo controles paralelos em planilhas Excel. Há uma equipe de tecnologia de informação comprometida e competente, porém, a quantidade limitada de recursos humanos impede atender a todas as demandas recebidas. A carência de recursos financeiros é o principal motivo para a situação existente e a alta administração da organização

hospitalar está empenhada na busca de alternativas para viabilizar a implementação de novos sistemas de informação.

A constatação do avanço na implantação de sistemas de tecnologia de informação nos Hospitais A e B e, de modo parcial, no Hospital C, constituem-se em registros interessantes na literatura de gestão de cadeia de suprimentos aplicada às organizações hospitalares. Estudos anteriores, como Bego (2016), O'Connor e Schneller (2011), Montgomery e Schneller (2007) e Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), indicavam diversas carências nos sistemas de tecnologia de informação dos hospitais, similares às identificadas no Hospital D.

5.1.2 Análise em relação ao Construto 2 – Desenvolvimento de capacitações

O segundo construto do *framework* abrange um conjunto de capacitações, com ênfase em habilidades *soft* e competências técnicas em tópicos de gestão de relacionamento com fornecedores e de gestão da cadeia de suprimentos, que devem ser desenvolvidas pelas equipes para o gerenciamento de relações com fornecedores.

Entende-se que as competências técnicas mencionadas são desenvolvidas, principalmente, pela formação acadêmica em cursos de graduação e pós-graduação nas áreas correlatas, complementadas por treinamentos em tópicos específicos, conforme demandas pontuais de cada organização. Além disto, faz-se necessário atualização permanente na área profissional de atuação, para acompanhar a evolução do conhecimento. Com este entendimento, buscou-se verificar a formação acadêmica dos membros das equipes de compras dos hospitais estudados, somado ao interesse no aprimoramento contínuo dos conhecimentos.

As habilidades *soft*, relacionadas com as competências do indivíduo para estabelecer relacionamentos, influenciar e motivar pessoas e desenvolver negociações com foco em ganhos mútuos, tem estreito vínculo com o autoconhecimento, capacidade de controle emocional e de perceber as necessidades, compreender e respeitar o ponto de vista das outras pessoas. Normalmente, estas características ficam evidentes nos contatos pessoais e buscou-se verificar o domínio destas habilidades pelos líderes das organizações estudadas, durante a realização das entrevistas e reuniões para coleta de informações. Adicionalmente, foi feito o questionamento direto se consideravam as habilidades *soft* importantes e sobre o domínio das mesmas pelos membros de suas equipes.

Buscou-se, também, constatar evidências objetivas da integração das equipes de compras com as áreas internas da organização hospitalar e de integração externa, com fornecedores. De modo análogo, procurou-se coletar exemplos do estabelecimento de relações colaborativas com fornecedores.

a. Formação acadêmica e capacitação dos profissionais da área de compras

Características intrínsecas das organizações públicas e privadas em relação à contratação e gestão de recursos humanos impactam o gerenciamento da área de compras dos hospitais universitários estudados.

Como organizações privadas, os Hospitais A e B tem a prerrogativa de administrar os recursos humanos para atender às necessidades do negócio, acompanhando a evolução das demandas de um mercado competitivo e globalizado. A área de recursos humanos apoia os gestores de compras para o desenvolvimento das capacitações dos colaboradores e realiza e contratação de novos funcionários, quando se identifica que determinadas competências não estão disponíveis na organização, ou quando existe a necessidade de substituir funcionários, por desempenho insuficiente ou por decisão do colaborador em deixar a organização.

No Hospital A adotam-se critérios rigorosos para a contratação de profissionais para a área de compras, tendo-se formação superior como requisito mínimo para as funções administrativas. Os funcionários são estimulados a ampliar sua capacitação e diversos cursam, ou já cursaram, pós-graduação em gestão da cadeia de suprimentos ou áreas correlatas. A organização oferece algumas bolsas para auxiliar a realização de estudos. O domínio de habilidades *soft* é considerado como requisito importante para os membros das equipes de compras. No Hospital B constata-se situação similar, em relação aos requisitos estabelecidos para contratação, interesse dos funcionários em desenvolver as competências por meio de cursos de pós-graduação e valorização das habilidades *soft*. Preocupado em melhorar a capacitação de sua equipe, a partir da identificação de lacunas, o diretor da área de compras contrata especialistas externos para ministrar treinamentos em temas específicos. Assim, recentemente foram realizados treinamento em tópicos de *spend analysis* e *strategic sourcing*, temas importantes abordados no *framework* desenvolvido neste estudo.

Por sua vez, os Hospitais C e D, como organizações públicas, somente podem contratar funcionários por meio de concurso público e os funcionários adquirem estabilidade vitalícia, após a admissão. Novas contratações ou investimentos na capacitação de funcionários dependem de decisões governamentais, que são influenciadas por restrições orçamentárias e questões políticas, e não ocorrem há vários anos. O requisito de formação acadêmica para a maioria das funções administrativas da área de compras, conclusão do ensino médio, é incompatível com as demandas atuais. Os salários pagos são baixos e não são reajustados há anos. Não são oferecidos benefícios e a garantia da manutenção do emprego torna-se, para muitos funcionários, o único atrativo do emprego. Este contexto resulta num quadro de

desmotivação e baixo comprometimento para muitos servidores públicos, tornando a gestão das pessoas um grande desafio aos gestores de compras dos hospitais universitários públicos.

A capacidade de relacionar-se com a equipe e convencer as pessoas a se empenharem na busca de um melhor desempenho torna-se uma competência crítica para o sucesso dos gestores de compras nos hospitais universitários públicos. Esta habilidade é notória em todos os gestores entrevistados nos Hospitais C e D. Como exemplo prático, o diretor de compras do Hospital D, com longa experiência na gestão de recursos humanos em organizações públicas, após alguns meses de trabalho na área de compras conseguiu reverter um quadro de insatisfação geral dos funcionários, gerado pela atuação da profissional que o antecedeu na direção de compras na organização, e vem conseguindo melhorar o desempenho de sua equipe.

Apesar das condições adversas, vários servidores públicos buscam desenvolver-se e melhorar sua capacitação e desempenho. No Hospital D, aproximadamente metade da equipe do setor de compras de produtos realizou curso superior, a maioria em áreas de administração. Como forma de motivar os funcionários a melhorar sua capacitação e empenho, os gestores dos Hospitais C e D atribuem cargos de chefia aos funcionários que apresentam melhor desempenho e que estão mais capacitados, que resultam em aumento na remuneração, reconhecendo os esforços e investimentos dispendidos.

A maioria dos gestores da área de compras do Hospital C, e alguns do Hospital D, são contratados por meio das Fundações C1 e D. Possuem cursos de pós-graduação, experiência profissional em organizações de saúde líderes do setor privado e demonstram comprometimento com o aprimoramento contínuo de seus conhecimentos e habilidades. Como não são servidores públicos, sua permanência no emprego depende, essencialmente, de atingir o desempenho e resultados requeridos pela alta administração dos hospitais.

A capacitação profissional de todos os diretores de compras e demais gestores entrevistados é inquestionável. São responsáveis pela gestão de organizações hospitalares de excelência. Ficou evidente, em todos os contatos, o profissionalismo, a capacitação técnica, o domínio de habilidades *soft*, a competência na gestão de pessoas e o empenho constante para aprimoramento de desempenho.

Deve-se ressaltar que uma das principais dificuldades apontadas pelos gestores dos Hospitais C e D para melhoria de desempenho na área de compras é a capacitação limitada e desmotivação de uma parcela dos servidores, que possuem direito vitalício de permanecer no emprego público. Os Hospitais A e B levam significativa vantagem neste aspecto, por utilizarem as regras vigentes na iniciativa privada para administrar suas equipes, conforme descrito anteriormente.

b. Integração interna e externa e colaboração com fornecedores

Nos quatro hospitais estudados, constatou-se que ocorre integração da área de compras com as demais áreas dos complexos hospitalares. A integração com o corpo clínico e demais áreas hospitalares é crítica para o processo de padronização de itens, plenamente implementado nos quatro hospitais. Os sistemas de informação favorecem a integração nos Hospitais A, B e C. As equipes de compras do Hospital D, com muito empenho e dedicação, superaram as limitações do sistema de informação e conseguem estabelecer uma consistente integração com as demais áreas hospitalares. No Hospital C ocorreu a implantação de células de trabalho, que resultaram em melhoria na integração entre as seções da área de compras e com outras áreas do complexo hospitalar.

A integração e o estabelecimento de relacionamentos colaborativos com fornecedores são enfatizados nos Hospitais A e B. Vários exemplos práticos foram mencionados, ressaltando a relevância destes relacionamentos para alcançar objetivos estratégicos nas duas organizações. Apesar das restrições da legislação, as equipes dos Hospitais C e D conseguem estabelecer um nível suficiente de integração com fornecedores, possibilitando que as operações sejam realizadas com eficiência, embora sem alcançar o mesmo padrão de integração obtido pelos hospitais universitários privados estudados. A legislação de compras públicas coloca barreiras para o desenvolvimento de relações de colaboração com fornecedores nos Hospitais C e D.

Estudos realizados por Montgomery e Schneller (2007), Robinson (2008), Burns et al. (2009), Wilson et al. (2008), O'Connor e Schneller (2011), Mckone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) e Ketcham e Furukawa (2008) destacaram como barreiras relevantes para a integração interna e externa: o desalinhamento de interesses entre alguns médicos e hospitais; e relacionamentos inconsistentes entre hospitais e fornecedores. Estas ocorrências não foram constatadas em nenhum dos hospitais estudados.

Nos quatro hospitais não foram identificados desalinhamentos de interesse entre médicos e hospitais. Embora sem caracterizar inconsistência nos relacionamentos, constatou-se que há maior nível de conflito nas relações com fornecedores nos hospitais universitários públicos, em relação aos privados. Possivelmente, o processo criterioso de seleção de fornecedores nos Hospitais A e B possa contribuir para isso, auxiliando no estabelecimento de relacionamentos harmônicos. Além disto, apresentar desempenho satisfatório é um requisito essencial para um fornecedor continuar a atender aos hospitais privados. Já nos Hospitais C e D, registram-se atrasos corriqueiros na entrega de materiais, que resultam na aplicação de

penalizações, havendo dispêndio significativo de tempo e esforço para administrar conflitos e fazer com que os fornecedores cumpram requisitos contratuais.

Provavelmente, caso fosse permitido aos hospitais públicos homologar previamente seus fornecedores, para habilitá-los a participar das licitações, assim como deixar de comprar de fornecedores que não apresentem desempenho satisfatório ou não cumprem os termos contratuais, haveria redução nos atrasos e na aplicação de sanções, maior harmonia nos relacionamentos e maior eficiência nas operações.

5.1.3 Análise em relação ao Construto 3 – Processos para gestão de relacionamento com fornecedores

Buscou-se identificar nos hospitais universitários estudados a implementação dos processos de gestão de relacionamento com fornecedores indicados no *framework*. Constatou-se que a maioria dos processos sugeridos estão implementados nos quatro hospitais. Nos hospitais privados identificou-se um maior nível de aderência em relação aos processos definidos no *framework*. Nos hospitais públicos não é possível a implementação de alguns processos, devido às restrições estabelecidas pela legislação de compras, que tem na Lei 8666/93 sua principal referência. Discute-se a seguir os processos identificados nos hospitais, comparando-os entre si e com o *framework*.

a. Estabelecimento de estratégia e política para gestão de compras

Nos quatro hospitais, há clareza no estabelecimento de estratégias e políticas para todas as aquisições realizadas. Nos Hospitais A e B, quando ocorrem mudanças no ambiente competitivo, que levam a alterações nas estratégias corporativas e competitivas, são efetuadas adequações nas estratégias e políticas utilizadas para gestão de compras. No Hospital A, em meados de 2016, a estratégia principal da área de compras direcionou-se para o aprimoramento da gestão de relacionamento com fornecedores. Na mesma época, após o atual diretor assumir a área de compras do Hospital B, foram efetuadas adequações nas estratégias e nas políticas de compra, para apoiar a organização hospitalar a alcançar seus objetivos estratégicos.

Como organizações públicas, os Hospitais C e D adotam as políticas e procedimentos de compra estabelecidos na Lei 8666/93 e nas demais regulamentações pertinentes.

b. Análise de dispêndios (*spend analysis*)

Todos os hospitais possuem processos formais para análise de dispêndios, que apoiam as decisões das etapas posteriores do processo de gestão de relacionamento com fornecedores.

A consolidação das informações dos gastos e a definição da classificação das categorias de dispêndios é usualmente efetuada pela área de finanças, que auxilia na análise das informações. No início de 2018 foi realizado um treinamento específico para aprimorar o conhecimento da equipe de compras do Hospital B nos conceitos de *spend analysis*.

c. Padronização de materiais e medicamentos

A padronização de materiais e medicamentos é uma atividade de fundamental importância para a gestão da cadeia de suprimentos hospitalar, conduzida com o máximo rigor nos quatro hospitais estudados. De modo consistente com a literatura, em todos os hospitais há comitês responsáveis por realizar as análises e determinar a padronização de materiais e medicamentos.

Os gestores entrevistados indicaram que é mais complexo padronizar materiais médico-hospitalares do que medicamentos. A existência de evidências científicas sobre a eficácia da utilização de fármacos, bem como de um padrão determinado nas Denominações Comuns Brasileiras (DCB) para o fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pela ANVISA, facilitam a padronização de medicamentos. Por outro lado, fatores como disponibilidade limitada de evidências científicas sobre a efetividade do uso de materiais, mudanças frequentes na composição dos materiais, decorrentes da constante evolução tecnológica e grande quantidade de fornecedores contribuem para agregar maior complexidade à padronização de materiais.

Nos hospitais A e B há comitês específicos para a padronização de medicamentos, materiais médico-hospitalares e OPME. No Hospital C, as unidades hospitalares possuem comitês próprios para padronização. Diferentemente dos outros hospitais, no Hospital D a responsabilidade para elaboração da especificação técnica para padronização de materiais pertence à Equipe Técnica da Divisão de Material. O processo utilizado para padronizar materiais e OPME foi descrito em detalhes no relatório do caso D.

A impossibilidade de homologar fornecedores nos Hospitais C e D resulta em maior complexidade no processo de elaboração das especificações técnicas dos itens a serem adquiridos. Para garantir que sejam adquiridos itens da qualidade adequada, muitas vezes torna-se necessário descrever minuciosamente as características requeridas. Todas as especificações devem ser genéricas, sem mencionar nenhum tipo de marca ou direcionar a especificação para algum fornecedor, buscando-se manter a ampla concorrência na aquisição do item, conforme demandado pela legislação de compras públicas.

Como as compras são realizadas por meio de pregões, pelo menor preço ofertado, há necessidade de especificações rigorosas para qualquer tipo de item adquirido nos hospitais universitários públicos, para possibilitar a compra de itens com a qualidade adequada. As especificações devem ser precisas e detalhadas, mesmo para aquisição de itens bastante simples, como canetas esferográficas.

Diversos autores, incluindo Ketcham e Furukawa (2008), Montgomery e Schneller (2007), Robinson (2008), Wilson et al. (2008), Burns et al. (2009) e O'Connor, Pollner e Fugh-Berman (2016) indicam dificuldades na padronização de itens de preferência médica, que incluem os OPME, advindas principalmente de comportamentos inadequados de médicos cirurgiões e de fabricantes de OPME. Não foram verificados estes tipos de ocorrências em nenhum dos hospitais estudados.

Constatou-se, nos quatro hospitais, que a padronização de OPME é conduzida com muito rigor e competência, com total aderência por todo o corpo clínico que atua nas instituições. Para todos os procedimentos cirúrgicos, somente são utilizados os OPME padronizados. Foram verificados diversos casos bem sucedidos de iniciativas de padronização de OPME. Em um projeto conjunto envolvendo a equipe de compras e o corpo clínico do Hospital A para a padronização de OPME utilizados nas cirurgias de coluna vertebral foi reduzida significativamente a quantidade de fornecedores, assim como a indicação de cirurgias de coluna. No Hospital D, em uma iniciativa para padronização de OPME usados em cirurgias cardíacas, passou-se a utilizar *stents* com drogas, que possibilitou redução significativa nos custos. Existem diferenças entre os tipos de drogas utilizados pelos diversos fabricantes, porém, todos os *stents* são considerados similares e comprados pela mesma especificação técnica, pelo menor preço ofertado no processo licitatório, dentre os que atendem a especificação e que são aprovados para uso no hospital. Utiliza-se o mesmo código de estoque e os *stents* disponíveis são implantados, sem distinção de marca, nos procedimentos cirúrgicos.

A literatura revisada indicou diversas dificuldades enfrentadas para padronização de itens hospitalares. As boas práticas de padronização de materiais, OPME e medicamentos adotadas no Hospitais A, B C e D servem como exemplo de que com trabalho em equipe, competência e empenho é possível utilizar a padronização de itens hospitalares para atingir redução de custos e melhoria na prestação de cuidados ao paciente.

Além disto, como resultado de um esforço integrado para atender às exigências da legislação de compras públicas, nos Hospitais C e D desenvolveu-se uma *expertise* para a elaboração de especificações técnicas que sejam, simultaneamente, bastante específicas no

estabelecimento dos requisitos e possibilitem ampla concorrência, inibindo a ocorrência de condutas inadequadas e reduzindo riscos de ações fraudulentas.

d. Determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores

Com base em recomendações do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores do GSCF, foi proposto no *framework* desenvolvido realizar o subprocesso denominado “determinação de diretrizes para gestão de relacionamento com fornecedores”, constituído pelas seguintes atividades: identificar itens críticos para o sucesso da organização hospitalar; determinar critérios para segmentação de fornecedores; elaborar um quadro de métricas para medir o desempenho das atividades de gestão de relacionamento com fornecedores; e, por último, determinar diretrizes para compartilhar com fornecedores envolvidos os benefícios obtidos nos projetos realizados em conjunto.

Embora a maioria das atividades propostas neste subprocesso sejam realizadas nos hospitais estudados, elas não foram executadas dentro de um processo estruturado seguindo a sequência descrita. Em todos os hospitais estudados efetua-se a identificação dos itens críticos. Nos Hospitais A e B existem critérios definidos para a segmentação de fornecedores, assim como há parâmetros para compartilhamento de benefícios obtidos em projetos conjuntos com fornecedores estratégicos. A legislação de compras públicas dificulta a segmentação de fornecedores e não permite compartilhar benefícios com fornecedores nos Hospitais C e D.

Apenas uma atividade não é realizada, em nenhum hospital: a definição de um quadro de métricas para medir o desempenho das atividades de gestão de relacionamento com fornecedores. Trata-se de uma lacuna, que certamente contribuiria para melhoria na gestão, caso fosse implementada.

e. Segmentação de materiais, serviços e fornecedores

Em cada hospital, são adotados critérios distintos para segmentação de materiais, serviços e fornecedores. Dentre todos, os critérios utilizados no Hospital A apresentam maior similaridade aos sugeridos no *framework* desenvolvido.

No Hospital A, a segmentação de materiais e serviços é efetuada conforme Kraljic (1983), os materiais e serviços adquiridos são classificados por meio da avaliação de sua criticidade e dificuldade de obtenção, sendo segmentados nas categorias estratégicos, críticos, alavancados e não-críticos. A curva XYZ é utilizada para apoiar na determinação dos itens críticos. Cada material ou serviço utilizado no hospital tem sua classificação registrada no sistema ERP da organização. Como rotina, anualmente efetua-se uma revisão da classificação

dos materiais e serviços adquiridos no hospital. Os fornecedores são segmentados nas mesmas categorias utilizadas para materiais e serviços: fornecedores estratégicos, críticos, alavancados e não-críticos. A classificação inicial foi realizada durante as etapas de implementação de *strategic sourcing* e, como rotina de trabalho, a cada seis meses ocorre uma revisão nesta classificação de fornecedores, apoiada por uma planilha que lista os dispêndios financeiros realizados com fornecedores no semestre que se encerrou.

No Hospital B são utilizados critérios diferentes para classificação de materiais, serviços e seus respectivos fornecedores. A segmentação de materiais tem como finalidade principal a determinação de parâmetros para gestão de estoque. Inicialmente, os materiais são classificados conforme sua importância em valor, determinada pela curva ABC de dispêndios anuais, e pela criticidade para as operações hospitalares, estabelecida pela curva XYZ. A seguir, considera-se mais dois critérios: a classificação PQR, que verifica a popularidade ou frequência de movimentação do item e a classificação 123, que leva em conta a dificuldade de obtenção. Resultam 81 combinações, que definem diferentes parâmetros para gestão de estoque.

A segmentação de fornecedores de materiais do Hospital B se baseia nas curvas ABC e XYZ, mencionadas no parágrafo anterior, e são determinadas três categorias de fornecedores: fornecedores estratégicos, que inclui todos os fornecedores da classe A da curva ABC; fornecedores críticos, que inclui todos os fornecedores da classe Z, da curva XYZ; e a terceira categoria engloba todos os demais fornecedores, que não foram incluídos nas categorias de fornecedores estratégicos ou de fornecedores críticos.

A segmentação de fornecedores de serviços do Hospital B é influenciada pelo processo de gestão de riscos de fornecedores, levando-se em conta dois critérios: risco legal e risco financeiro, com a definição de três categorias de fornecedores de serviços: categoria de fornecedores seguros, categoria de fornecedores de médio risco e categoria de fornecedores de alto risco.

No Hospital C adota-se uma única classificação para materiais e serviços, que considera os dispêndios totais anuais com cada item adquirido e utiliza critérios de classificação derivados dos parâmetros definidos na Lei 8666/93 para modalidades de aquisição. Assim, são definidas três categorias: categoria A, que inclui todos os itens com dispêndio total anual superior a R\$ 80 mil; categoria B, que inclui todos os itens com dispêndio anual superior a R\$ 8 mil e menor ou igual a R\$ 80 mil; e categoria C, que engloba todos os itens com dispêndio total anual menor ou igual a R\$ 8 mil. Dentre os quatro hospitais, o Hospital C é o único que não efetua a classificação XYZ de materiais. Tentou-se efetuar-la, porém, devido a divergências na avaliação de criticidade dos itens entre algumas unidades hospitalares pertencentes ao complexo, decidiu-

se não efetuar a classificação. Há no setor de compras de produtos algumas planilhas com curvas XYZ elaboradas por alguns institutos do complexo hospitalar, que são utilizadas de modo eventual para priorização da compra de itens. No Hospital C não é realizada a segmentação de fornecedores.

No Hospital D, a segmentação de materiais é realizada levando-se em conta a importância financeira, determinada pela curva ABC, e a criticidade do material definida pela curva XYZ. Cada material tem sua classificação registrada no sistema de informação, que é utilizada para definir parâmetros para gestão de estoque e para priorização na aquisição, especialmente nos períodos em que ocorre contingenciamento ou atraso na liberação de verbas orçamentárias, gerando a necessidade de priorizar a compra de itens de maior criticidade. Há planos para efetuar a segmentação de fornecedores, atualmente não existente no hospital.

f. Formação de grupos para gestão de relacionamento com fornecedores e identificação de oportunidades para redução de custos e melhoria de desempenho

Nos quatro hospitais há processos implementados para identificação de oportunidades para redução de custos e melhoria de desempenho. Há comitês multidisciplinares que se reúnem periodicamente para avaliação de novas tecnologias médicas, discussão sobre uso e padronização de materiais médico-hospitalares e medicamentos, bem como existem grupos multidisciplinares formados para desenvolver projetos específicos para implementar melhorias e reduzir custos. Após a identificação de uma oportunidade, determina-se um grupo de profissionais que irá se envolver com as atividades do projeto.

Nos hospitais C e D há uma estrutura de inteligência de mercado em compras, com foco específico em identificar oportunidades e desenvolver estudos de viabilidade de projetos para redução de custos e melhorias de eficiência operacional. No Hospital D, busca-se aprofundar o conhecimento das características técnicas e de formas de comercialização de itens hospitalares de maior complexidade e/ou de maior custo, para eventuais mudanças na forma de aquisição destes itens, possibilitando redução de custos e simplificação de processos, conforme recentemente atingido na mudança da forma de aquisição e uso de contrastes para ressonância magnética.

Deste modo, constatou-se que as atividades prescritas no *framework* são efetivamente realizadas, porém, adotam-se processos diferentes dos sugeridos. Verifica-se que as sugestões apresentadas, de formar grupos multidisciplinares para cuidar de cada categoria de fornecedores (críticos, alavancados e não-críticos) e de grupos específicos para gerenciar cada fornecedor estratégico, embora sejam usuais no setor industrial, não são adequadas às organizações

hospitalares. Como exemplo, há uma grande variedade de itens críticos no setor hospitalar, utilizados por diferentes especialidades, requerendo o envolvimento de profissionais específicos, conforme as necessidades de cada item. Outro aspecto refere-se ao funcionamento de comitês especializados, que rotineiramente discutem alternativas para melhoria e redução de custos, tornando desnecessária a composição de outras equipes. Assim, tem-se a oportunidade de adequar o *framework* proposto, adaptando esta etapa conforme práticas já utilizadas em organizações hospitalares.

g. Seleção de fornecedores

Há uma diferença básica entre os processos de seleção de fornecedores nos hospitais públicos e privados. Nos hospitais privados, a seleção de fornecedores é realizada antes do processo de aquisição, apenas os fornecedores homologados participam dos processos de compra. Nos hospitais públicos, a seleção de fornecedores é realizada durante o processo licitatório. Em decorrência disto, os processos de aquisição nos hospitais públicos são mais morosos e menos eficientes.

Nos Hospitais A e B utilizam-se processos bastante similares para seleção de fornecedores. Todos os fornecedores são avaliados por um dos seguintes métodos, de acordo com o grau de criticidade do item fornecido: avaliação documental, auditoria realizada pelo GAFO ou auditoria realizada por uma equipe multidisciplinar da organização hospitalar. Adicionalmente, o Hospital B efetua uma avaliação de riscos para os fornecedores de serviços. Aos fornecedores aprovados no processo de seleção é atribuído o *status* de fornecedor homologado, que se constitui em pré-requisito para participação nos processos de compra.

A legislação de compras públicas não permite que seja vedado, a qualquer fornecedor que esteja cadastrado e legalmente habilitado, a possibilidade de participar dos processos licitatórios. Desta forma, nos Hospitais C e D, o edital de licitação estabelece todos os requisitos que devem ser cumpridos pelo fornecedor para realizar a venda. Após a realização do pregão, o fornecedor vencedor deve comprovar o atendimento a todos os requisitos estabelecidos. Caso a marca do item ofertada pelo fornecedor vencedor não tenha sido aprovada anteriormente, o fornecedor envia uma amostra para testes e a aquisição do item fica vinculada à aprovação da amostra nos testes. O pregão é suspenso e aguarda-se o resultado dos testes. Caso a amostra seja aprovada, o pregão é encerrado e adquire-se o item do fornecedor. Em caso de reprovação, o pregão é reaberto e se a marca ofertada pelo segundo colocado no pregão não for aprovada, repete-se o mesmo processo de teste de amostra. Este procedimento é realizado sucessivamente,

para garantir que o item ofertado atenda adequadamente aos requisitos de qualidade estabelecidos no hospital.

Há queixas dos gestores de compras dos Hospitais C e D, sobre a impossibilidade de seleção prévia de fornecedores. Tal restrição resulta em perda de eficiência e aumento de custos às organizações hospitalares públicas. Devido às incertezas sobre o prazo que será necessário para concluir um processo de aquisição, é preciso iniciar os processos de licitação com muita antecedência e é usual manter níveis mais altos nos estoques dos hospitais públicos, em comparação aos hospitais privados, resultando em aumento de custos. Além disto, o excesso de formalismo dos processos de aquisição pública consome muitos recursos humanos e financeiros, gerando perda de eficiência aos hospitais públicos.

h. Contratação de fornecedores

Os processos de contratação de fornecedores nos hospitais privados são mais céleres que os dos hospitais públicos. As principais formas de contratação de fornecedores utilizadas nos Hospitais A e B são solicitações de propostas de fornecimento e negociação, cotação de preços manual ou eletrônica e leilão reverso. A formalização do acordo de fornecimento é efetuada através da emissão de pedido de compra, ou da assinatura de contrato de fornecimento. É usual firmar contratos de fornecimento pelo período de um ano e, no caso de serviços, pode-se prorrogar o contrato por mais um ano, quando há bom desempenho do fornecedor e as condições comerciais continuem competitivas, em relação aos preços praticados no mercado.

A contratação de fornecedores nos Hospital C e D é efetuada de acordo com os requisitos da Lei 8666/93. Pregão é a forma preferencial de aquisição e itens de qualquer valor podem ser adquiridos por pregão. Itens com valor total anual de aquisição menor ou igual a R\$ 8 mil podem ser adquiridos com dispensa de licitação. Itens com valor total anual de aquisição maior que R\$ 8 mil e menor ou igual a R\$ 80 mil podem ser adquiridos pela modalidade convite. Itens com valor total anual de aquisição maior que R\$ 80 mil somente podem ser adquiridos em pregão. A obrigatoriedade de realizar pesquisas para determinar preços de referência para as modalidades de pregão e convite BEC consomem muito tempo das equipes de compras.

Nos dois hospitais públicos há processos estruturados para a prorrogação de contratos de prestação de serviços, que somente é realizada se o fornecedor apresentar desempenho satisfatório e se for comprovado que o preço contratual continua sendo o mais baixo do mercado.

Os gestores dos Hospitais C e D demonstraram preocupação devido alteração na legislação, que determinou a aplicação da Lei 147/2014 às compras públicas na área da saúde,

que estabelece que as compras com valor de até R\$ 80 mil, devem ser realizadas apenas de fornecedores enquadrados como micro e pequenas empresas e, para compras com valor acima de R\$ 80 mil, até 25% do valor deve ser adquirido de fornecedores enquadrados como micro e pequenas empresas. Esta lei, promulgada em 2014, não era aplicada na área da saúde, porém, houve uma interpretação judicial que estendeu sua aplicação ao setor de saúde. Estava sendo discutido, nas duas organizações, a interpretação desta lei e os procedimentos que seriam adotados para cumpri-la, que certamente resultarão em maior complexidade na gestão de compras e dos estoques de materiais.

Verifica-se que a aplicação desta lei impossibilita a utilização de uma das estratégias básicas de redução de custos, largamente adotada na iniciativa privada: a consolidação de volumes para redução de preços.

Outro aspecto negativo resultante da lei: muito itens utilizados em hospitais são produzidos por grandes empresas e a consolidação de volumes permite a negociação direta com os fabricantes, excluindo do preço cobrado a parcela referente à remuneração dos intermediários entre fabricante e hospital, como atacadistas, distribuidores e representantes de vendas. A lei torna obrigatória a compra destes itens de micro e pequenas empresas, gerando maiores preços de venda, maiores custos logísticos e menor poder de barganha dos hospitais públicos. Enfim, torna mais complexa e menos eficiente a cadeia de suprimento dos hospitais públicos, e, em consequência, ainda mais custosa.

Ocorre, também, discrepância com relação às capacitações e experiência dos profissionais responsáveis por conduzir as negociações com fornecedores nos hospitais públicos e privados. Nos Hospitais A e B, as principais negociações com fornecedores são realizadas por gerentes sêniores ou diretores de compras, podendo ocorrer o envolvimento do CEO e/ou do presidente dos hospitais nas negociações com fornecedores estratégicos. Já nos hospitais C e D, seguindo determinações da Lei 8666/93, as principais negociações acontecem nos pregões e são conduzidas por pregoeiros, profissionais contratados por meio de concurso público, em cargo que estabelece como requisito a graduação no ensino médio.

i. Avaliação de desempenho de fornecedores

No Hospital A, a avaliação de desempenho é realizada a cada entrega, conforme critérios específicos de cada categoria de compra de materiais e serviços, atribuindo-se uma pontuação ao fornecedor. A avaliação abrange a revalidação anual de documentos dos fornecedores. O fornecedor deve obter nota média anual superior a 70 pontos. Os resultados de medição de desempenho são utilizados para obter apoio do corpo clínico, quando se torna necessário tomar

medidas mais drásticas com fornecedores que apresentem desempenho insatisfatório. Adota-se processo similar de pontuação no Hospital B, que possui um *software* específico para avaliação de desempenho de fornecedores, que funciona integrado ao sistema ERP.

No Hospital D a avaliação de desempenho de fornecedores é realizada nos mesmos moldes dos hospitais universitários privados, sendo calculada uma nota média anual que é divulgada aos fornecedores. No Hospital C a pontualidade na entrega é o principal aspecto considerado na avaliação de fornecedores. Nos dois hospitais públicos, atraso na entrega é a principal ocorrência que gera aplicação de penalização aos fornecedores. A legislação não permite a desqualificação de fornecedores que não apresentam desempenho adequado e a aplicação de sanções pode resultar no impedimento do fornecedor de participar de novos processos licitatórios para instituições públicas.

Nos Hospitais C e D há funcionários e sistemas de informação com foco na aplicação de sanções e gestão de litígios com fornecedores inadimplentes. Aspectos da legislação de compras públicas, que busca assegurar igualdade de oportunidades para todas as empresas fornecedoras, gera distorções e protege fornecedores que apresentam desempenho insuficiente. Em função disto, nos hospitais universitários públicos perde-se muito tempo e dispende-se muitos recursos com fornecedores que apresentam desempenho inadequado. Nada disto ocorre nos hospitais universitários privados, pois adota-se uma solução bastante simples: deixa-se de comprar de fornecedores que não apresentam desempenho satisfatório.

j. Desenvolvimento de fornecedores

Nos Hospitais A e B são estabelecidas relações colaborativas com alguns fornecedores, que permitem apoiar os fornecedores a melhorar seu desempenho. O desenvolvimento de fornecedores no Hospital A tem como principal atividade a realização de vistas técnicas a alguns fornecedores, nas quais uma equipe multidisciplinar avalia os processos do fornecedor e aponta oportunidades de melhorias. No Hospital B ocorre enfoque similar, com a coordenação dos gestores de compra e com o apoio das comissões de padronização de materiais e medicamentos, são efetuadas visitas para apoiar o desenvolvimento das capacitações de fornecedores.

Impossibilitados de desenvolver relacionamentos de colaboração, os Hospitais C e D limitam-se a fornecer informações aos fornecedores, que podem auxiliá-los a melhorar sua atuação. No final de 2017, o Hospital C planejava empreender uma iniciativa conjunta com o SEBRAE para conscientizar micro e pequenos fornecedores do setor hospitalar sobre os requisitos que devem ser atendidos para suprimento ao Hospital C, para ajudá-las a atingir o

nível de qualidade e de competitividade necessários para se tornarem fornecedoras do complexo hospitalar. Porém, como o processo de aquisição é sempre através de licitação pública, a aquisição será realizada daquele fornecedor que ofertar o menor preço, dentre os que estiverem habilitados e cumprirem os requisitos estabelecidos no edital de licitação.

Há um Centro de Inovação no Hospital C, que dispõe de regras adequadas para estabelecer parcerias com fornecedores visando o desenvolvimento de novos produtos ou de novas tecnologias. Atendendo a requisitos da legislação, não há envolvimento da área de compras nas negociações entre fornecedores e o Centro de Inovação. Usualmente, após a conclusão de uma pesquisa que resultou no desenvolvimento de um novo produto, com melhor desempenho e que possa reduzir custos, os pesquisadores comunicam o fato para a área de compras, que recomenda a revisão das especificações técnicas para possibilitar que o novo produto possa participar dos processos licitatórios do Hospital C. Todos se beneficiam com estes desenvolvimentos, pois o conhecimento gerado ajuda a reduzir custos e a melhorar a eficiência operacional.

k. Melhoria contínua

Nos quatro hospitais há um sistema de medição de desempenho dos processos da área de compras que apoia a adoção de ações para melhoria contínua. Os principais indicadores de desempenho da área de compras dos Hospitais A, C e D são mencionados nos relatórios do estudo de casos. Nos hospitais A e B não existem indicadores de desempenho para mensurar o sucesso dos relacionamentos com fornecedores. Entende-se que a ausência destes indicadores se caracteriza como uma lacuna. Como há diversos relacionamentos colaborativos com fornecedores estabelecidos nestes dois hospitais, o desenvolvimento de indicadores de desempenho certamente contribuiria para melhor gerenciamento dos relacionamentos.

No Hospital C encontram-se em processo de implementação ações para melhoria de desempenho nos processos de gestão de relacionamento com fornecedores, que incluem a divulgação de datas previstas para as próximas licitações no *website* da instituição, aumentar a transparência das informações da cadeia de suprimento para todos os envolvidos e realizar a pesquisa de preços de referência para os processos licitatórios de forma eletrônica. No Hospital D iniciou-se a análise e redesenho dos principais processos da área de compras.

5.1.4 Principais estratégias adotadas para gestão de relacionamentos com fornecedores

No Hospital A adotam-se estratégias distintas para gerir relacionamentos com fornecedores estratégicos, alavancados, críticos e não críticos.

A estratégia inicial adotada para construir relacionamentos com fornecedores estratégicos foi reduzir a quantidade de fornecedores e concentrar maior volume de aquisições com os fornecedores mais importantes, viabilizando o estabelecimento de relações de maior proximidade. A consolidação de volumes possibilitou realizar negociações diretamente com os fabricantes, reduzindo custos e gerando um diferencial competitivo para o Hospital A. Na etapa seguinte, as relações de confiança estabelecidas com os fornecedores estratégicos possibilitaram a negociação de “pacotes”, incluindo todos os itens necessários para determinadas cirurgias, com preço fechado. Outras iniciativas implementadas com fornecedores estratégicos são: compartilhamento de riscos e de benefícios provenientes da utilização de novos itens ou de novas tecnologias, como a redução do tempo de permanência do paciente no hospital, decorrente da utilização de um novo medicamento; adoção de ações conjuntas para a educação continuada de médicos, enfermeiros e outros profissionais; compartilhamento de informações sobre programação e dados de consumo; e nos momentos de inovação, permite-se livre acesso aos ambientes hospitalares para que os fornecedores estratégicos possam contribuir com a proposição de alternativas para o desenvolvimento de soluções inovadoras para atender às demandas existentes.

No Hospital A entende-se que os fornecedores alavancados têm grande potencial para trazer reduções de custos e contribuir para aumentar a competitividade da instituição. Busca-se trabalhar com três fornecedores para cada item da categoria de alavancagem. Evita-se a concentração excessiva de compras em determinado fornecedor alavancado. Há foco em gerir o percentual de participação de cada fornecedor, em avaliar seu desempenho individual e em analisar as tendências de mercado. A competição entre os fornecedores alavancados é estimulada com transparência, eles são desafiados a reduzir custos e a atingir melhorias específicas de desempenho, oferecendo maior participação nas compras aos que trouxerem os melhores resultados.

Com fornecedores críticos, no Hospital A busca-se reduzir o nível de dependência, procurando desenvolver fornecedores alternativos ou encontrar opções para mover o fornecedor para outros quadrantes da matriz de segmentação. Estando caracterizada a dependência em um fornecedor crítico, procura-se reduzir custos transacionais e custos de estoque, com a transferência de alguns custos para o fornecedor, por exemplo, que ele disponibilize materiais em consignação e que realize a administração de estoque dos itens fornecidos.

Com fornecedores não-críticos, o Hospital A procura-se simplificar processos e evitar desperdício de tempo. Utilizam-se práticas como aquisições através de *marketplaces*, uso de

catálogos eletrônicos e estabelecimento de contratos de conta corrente, contratos por valor determinado e contratos por quantidade fixa.

No Hospital B o principal foco dos relacionamentos dirige-se aos fornecedores denominados estratégicos, que incluem todos os fornecedores da classe A da curva ABC. Uma das estratégias adotadas foi o estabelecimento de relações colaborativas com fornecedores estratégicos de materiais e medicamentos para a implementação de *vendor managed inventory* (VMI), em que diversos fornecedores assumiram a responsabilidade pela gestão e reposição de itens de estoque, gerando redução de custos e melhoria de eficiência operacional. Com alguns fornecedores estratégicos há um relacionamento muito mais próximo, com o desenvolvimento de parcerias envolvendo o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital B, que podem envolver o patrocínio pelo fornecedor de pesquisas no instituto, o desenvolvimento de novos produtos para o fornecedor ou a realização de testes de produtos do fornecedor. Duas estratégias adotadas para fornecedores estratégicos no Hospital B são similares às usadas no Hospital A: aumentar a padronização de materiais e medicamentos, reduzir a quantidade de fornecedores e consolidar volumes, para viabilizar a negociação de maiores volumes com fornecedores importantes; e aprofundar relacionamentos com alguns fornecedores estratégicos para negociar “pacotes” de itens para realização de procedimentos médicos a preço fixo, possibilitando a implementação de remuneração por performance com algumas fontes pagadoras, que corresponde a importante objetivo estratégico do Hospital B.

Para todos os itens importantes adquiridos no Hospital B procura-se firmar contratos, para garantir estabilidade e evitar oscilações de preços. Itens com muitas opções de fornecimento e compras esporádicas são efetuadas através de uma plataforma eletrônica de compras. Para itens críticos busca-se estabelecer contratos de consignação.

Deve-se notar que há uma diferença relevante entre a forma de segmentação de fornecedores adotada nos Hospitais A e B. No Hospital A utiliza-se a matriz de segmentação de Kraljic (1983) que classifica: como estratégicos os itens em que ocorrem altos dispêndios financeiros e que há alta complexidade na aquisição; e como alavancados os itens com os quais ocorrem altos dispêndios financeiros e que há baixa complexidade na aquisição. Conforme anteriormente descrito, há estratégias totalmente distintas para as categorias de fornecedores estratégicos e alavancados. No Hospital B, todos os itens em que ocorrem altos dispêndios financeiros, que correspondem aos itens A da curva ABC, são classificados como estratégicos. Possivelmente, dentre os itens de alto dispêndio pode haver alguns que possuam baixa complexidade na aquisição, com muitos fornecedores e que poderiam ser utilizadas estratégias similares às adotadas para itens alavancados no Hospital A, que não envolvem relacionamentos

próximos, nem estabelecimento de parcerias. Eventualmente, a reavaliação desta classificação no Hospital B possa revelar oportunidades não exploradas de redução de custo e melhoria de eficiência, que podem ser alcançadas estimulando a concorrência entre os fornecedores de itens com alto dispêndio financeiro, mas que apresentam baixa complexidade para aquisição.

Nos Hospitais C e D, as limitações impostas pela legislação de compras públicas impõem barreiras para que sejam desenvolvidas estratégias e estabelecidos relacionamentos com fornecedores, de forma semelhante ao que ocorre nos Hospitais A e B.

Realizar contratos de terceirização é uma das alternativas legais que podem ser utilizadas pelos gestores de compras de hospitais públicos para estabelecer relacionamentos mais eficazes com fornecedores. Com base nos bons resultados alcançados nos Hospital D com a terceirização das operações do centro de distribuição de materiais, em dezembro de 2017 estava sendo iniciado um projeto para terceirizar as atividades realizadas na farmácia e no almoxarifado central do complexo hospitalar. Posteriormente, tem-se a intenção de terceirizar outras atividades. Como a terceirização é efetuada por meio de licitação pública, é fundamental desenvolver um bom projeto, que resulte em um edital de licitação com bastante clareza nas regras e na forma de operação da terceirização, para atrair a atenção de fornecedores capacitados e idôneos, ampliando as possibilidades de sucesso do projeto de terceirização.

a. Atuação estratégica da área de compras nos hospitais universitários A, B, C e D

Foi constatado que a área de compras dos quatro hospitais universitários exerce atuação estratégica em suas organizações. Tratando-se de organizações privadas, a capacidade de atuação estratégica da área de compras dos hospitais A e B é bastante ampliada, em relação aos Hospitais C e D.

Ficou caracterizado que os gestores de compras dos Hospitais A e B, por meio da implantação de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores, trazem contribuições decisivas para suas organizações atingirem objetivos estratégicos, envolvendo iniciativas para redução de custos, otimização de processos e melhoria de eficiência operacional; melhoria da qualidade de produtos e serviços supridos por fornecedores; e estabelecimento de parcerias com fornecedores estratégicos que possibilitam o desenvolvimento de novos negócios e geração de vantagens competitivas, dentre outras iniciativas.

Nos últimos anos, os Hospitais C e D não receberam reajustes na verba orçamentária e a atuação da área de compras para redução de custos e melhoria de eficiência com fornecedores foi fundamental para manter inalteradas todas as operações dos complexos hospitalares. Os

Relatórios de Atividades do Hospital C registram importantes contribuições estratégicas da área de compras no período de 2011 a 2017.

5.1.5 Outros processos e práticas utilizados para gestão de relacionamentos com fornecedores, específicos de cada organização hospitalar;

Durante o desenvolvimento do estudo de casos foram identificadas algumas práticas para gestão de relacionamento com fornecedores que não constam no *framework* proposto, que são analisadas a seguir.

a. Compras conjuntas entre hospitais privados

Os Hospitais A e B participaram de iniciativas promovidas por associações de hospitais privados para realização de compras conjuntas. Um dos projetos, realizados alguns anos atrás, não gerou os resultados esperados e foi finalizado. Conforme relatos do diretor de compras do Hospital B, um novo projeto desenvolvido em meados de 2017 e 2018 foi melhor sucedido, porém, foi interrompido, aguardando a regulamentação de suas atividades pelo CADE. Há potencial interesse dos gestores de compras dos hospitais universitários privados estudados em participar destas iniciativas, de forma que a formação de grupos de compras com outros hospitais privados pode ser considerada como uma estratégia adicional para gerir relações com determinadas categorias de fornecedores.

b. Administração de hospitais públicos pelos Hospitais A e B

As instituições mantenedoras dos Hospitais A e B administram alguns hospitais públicos e equipes de compras lideradas pelos mesmos diretores entrevistados efetuam as compras necessárias para as operações dos hospitais públicos administrados. As atividades destas equipes não foram abordadas no escopo do presente estudo. Recomenda-se realizar estudos específicos para verificar as alternativas legais e as estratégias de gestão de compras e de relacionamento com fornecedores utilizadas pelos Hospitais A e B para administrar as compras destes hospitais públicos. Eventualmente, podem surgir *insights* para simplificar a gestão de compras em hospitais universitários públicos.

c. Implantação de estruturas de inteligência em compras nos Hospitais C e D

Como alternativa para auxiliar na redução de custos e melhoria de eficiência, nos Hospitais C e D foram implementadas iniciativas de inteligência de mercado em compras.

No Hospital C, o projeto foi implantado em meados de 2013 e tem dois focos principais, monitoramento de mercado para detectar oportunidades de redução de custos e estabelecer relacionamento com alguns fornecedores. Obedecendo as limitações impostas pela legislação, o estabelecimento de relacionamentos restringe-se a realizar reuniões com alguns fornecedores, para análise crítica de resultados ou para obter informações que ajudem a identificar alternativas para melhorar a eficiência operacional e a reduzir custos.

No Hospital D a implantação do projeto de inteligência de mercado em compras é mais recente. Similarmente ao Hospital C, tem foco dois focos principais: distinguir oportunidades de melhoria e redução de custos no mercado fornecedor, com a procura constante de novos fornecedores, itens e tecnologias médico-hospitalares; e estabelecer relacionamentos com fornecedores para avaliar sua capacitação e conscientizá-los da necessidade de melhoria de desempenho na entrega e em outros aspectos do fornecimento.

Algumas histórias de sucesso alcançadas nestes projetos encontram-se descritas nos relatórios dos casos C e D.

5.1.6 Dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores

Foi realizada a consolidação de todas as dificuldades apontadas pelos gestores entrevistados nos quatro hospitais estudados. Verifica-se que as dificuldades podem ser classificadas nas seguintes categorias:

- Dificuldades sistêmicas, relacionadas com características do mercado fornecedor, do setor hospitalar, da regulamentação de instituições públicas e de comportamentos dos profissionais de saúde;
- Dificuldades específicas, devido a características próprias de cada instituição hospitalar.

a. Dificuldades sistêmicas relacionadas ao mercado fornecedor

Os gestores dos hospitais privados indicaram: o domínio do mercado de materiais médico-hospitalares e medicamentos pelos distribuidores dificulta a aproximação e estabelecimento de relacionamentos próximos com grandes fabricantes; e que alguns fornecedores utilizam políticas comerciais complicadas e difíceis de entender.

Os gestores dos hospitais públicos apontaram: atrasos na entrega de materiais e medicamentos; entrega de produtos de marcas diferentes; demora na entrega de contratos assinados e documentos correlatos; desinteresse de grandes fornecedores em vender para o setor público; e dificuldades para identificar novos fornecedores.

Constata-se que os hospitais públicos e privados indicaram distintas dificuldades em relação ao mercado fornecedor. As dificuldades apontadas pelos gestores dos hospitais privados relacionam-se principalmente com aspectos da estrutura do mercado fornecedor. Já nos hospitais públicos, os principais problemas se referem ao desempenho insuficiente de fornecedores, que é possibilitado pela legislação de compras públicas. Verifica-se que este problema não afeta os hospitais privados, em função dos processos e critérios utilizados para seleção e contratação de fornecedores.

b. Dificuldades sistêmicas relacionadas à área hospitalar

Foram apontadas as seguintes dificuldades, que afetam indistintamente as organizações públicas e privadas: falta de previsibilidade na demanda de serviços hospitalares, que requer dos profissionais de compras muita flexibilidade e capacidade de resposta para apresentar soluções rápidas para problemas complexos; e enorme quantidade, diversidade e complexidade dos itens utilizados nas operações de hospitais universitários.

c. Dificuldades sistêmicas relacionadas à regulamentação das instituições públicas

Dificuldades que afetam exclusivamente os hospitais públicos: restrições impostas pela legislação de compras públicas; políticas públicas para gestão de recursos humanos; carência de recursos financeiros limitam investimentos em melhorias na área de compras, como em sistemas de informação e na automação de processos; formalismo característico das organizações públicas toma muito tempo e reduz a produtividade do trabalho na área de compras; grande volume de questões litigiosas com fornecedores reduz significativamente o tempo disponível para dedicação às atividades estratégicas; e fiscalização rigorosa exige muito esforço e atenção.

d. Dificuldades sistêmicas relacionadas ao comportamento de médicos e de outros profissionais de saúde

As dificuldades apontadas afetam igualmente os hospitais universitários públicos e privados: resistência dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, em alterar hábitos de utilização de marcas de artigos médico-hospitalares, que dificultam a padronização e a introdução de novos fornecedores.

e. Dificuldades específicas de cada organização hospitalar

Foram apontadas as seguintes dificuldades:

- Hospital A: equipes enxutas da área de compras geram dificuldades para atender a todas as demandas; alguns conflitos internos pela limitada compreensão pelas áreas clientes das responsabilidades dos profissionais de compras; e *maverick buying*.
- Hospital B: *maverick buying*; busca incessante por redução de custos constitui-se em uma grande dificuldade; e muitas atividades e pouco tempo disponível.
- Hospital C: atrasos na entrega de documentos por funcionários das áreas clientes; fluxos internos dos processos administrativos são longos e morosos, gerando riscos maiores de não cumprimento de prazos legais; e funcionários de outras áreas entram em contato diretamente com o fornecedor para discutir problemas ocorridos com materiais fornecidos, sem envolver a área de compras.
- Hospital D: custos considerados como questão secundária por muitos médicos; docentes não se reportam ao Superintendente do hospital; e sistemas de informação não atendem às necessidades.

Verifica-se que os gestores dos hospitais universitários públicos enfrentam uma quantidade significativamente maior de dificuldades para a gestão de relacionamento com fornecedores, em relação aos gestores de compras dos hospitais universitários privados. A maior parcela das dificuldades decorre da regulamentação das instituições públicas e de seus desdobramentos no comportamento dos fornecedores.

Conclusão

5.2 Conclusão

A gestão de relacionamento com fornecedores constitui-se num dos principais processos utilizados para a gestão da cadeia de suprimentos e muitas organizações dos setores industriais e de varejo a utilizam como fonte para geração de vantagens competitivas. Por outro lado, ao longo dos últimos anos, vem ocorrendo aumentos nos custos do setor de saúde e os hospitais, principais organizações deste setor, enfrentam grandes desafios para reduzir custos e melhorar o desempenho de suas operações. Verifica-se que a gestão da cadeia de suprimentos na área hospitalar possui menor desenvolvimento do que em outros setores da economia e a implementação da gestão de relacionamento com fornecedores tem muito potencial para contribuir para redução de custos e melhoria de eficiência operacional nos hospitais.

Após a caracterização de que existem poucos registros na literatura acadêmica sobre implementação de práticas de gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares, foram estabelecidos dois objetivos para este estudo: desenvolver um *framework* específico para gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares; e identificar e analisar as práticas utilizadas e as dificuldades enfrentadas para a gestão de relacionamento com fornecedores em hospitais universitários públicos e privados, que se caracterizam como as unidades hospitalares de maior complexidade, que reúnem os recursos tecnológicos mais avançados e os profissionais mais capacitados nas áreas médicas e de gestão, dentre todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura para apoiar o desenvolvimento do *framework* para gestão de relacionamento com fornecedores, que para atender às demandas específicas das organizações hospitalares, foi concebido com três construtos: o primeiro relacionado com o suporte da alta administração e a infraestrutura da área de compras; o segundo relativo ao desenvolvimento de capacitações pelos gestores e demais profissionais da área de compras; que em conjunto, possibilitam a implementação do terceiro construto, que propõem processos para gestão de relacionamento com fornecedores. Desta forma, com a elaboração do *framework* foi atingido o primeiro objetivo.

Em seguida, o foco direcionou-se para a realização de estudos de caso em hospitais universitários e foram selecionados quatro hospitais de grande porte, dois privados (Hospitais A e B) e dois públicos (Hospitais C e D), classificados como hospitais de referência no SUS e ranqueados entre os melhores hospitais da América Latina.

A análise dos casos em relação ao primeiro construto, suporte da alta administração e infraestrutura da área de compras, resultou em interessantes contribuições para a literatura da gestão da cadeia de suprimentos na área hospitalar. Nos quatro hospitais estudados constatou-se que: o principal gestor da área de compras é membro da alta administração; recebe apoio do principal executivo e dos demais membros da diretoria executiva; e compras é reconhecida como função estratégica na organização hospitalar. Tais descobertas contrariam alguns registros da literatura, que indicavam que a área de compras não era considerada estratégica, que o principal gestor não participava da alta administração do hospital e que não havia suporte da alta administração à atuação da área de compras.

Ainda relacionado ao primeiro construto, foram identificadas diferentes realidades na infraestrutura de tecnologia de informação das instituições estudadas. Os hospitais privados A e B possuem sistemas de informação mais evoluídos, que contribuem para melhorar a eficiência das atividades de compras e de gestão de relacionamento com fornecedores. Devido a limitações orçamentárias, os hospitais públicos não se encontram no mesmo nível dos hospitais privados em relação aos sistemas de informação. Numa situação intermediária, o Hospital C implantou novos sistemas de informação, com melhoria significativa em relação à situação anterior. Porém, alguns módulos do sistema de informação ainda não foram implementados e o fluxo de determinados processos de compra não foram automatizados e continuam a ser realizados em papel. As maiores dificuldades em tecnologia de informação ocorrem no Hospital D. Os sistemas de informação foram desenvolvidos internamente e a equipe de tecnologia de informação, embora competente e comprometida, é pequena e não consegue atender à todas as demandas. A carência de um sistema de informação adequado resulta em perdas de eficiência na área de compras e em outras áreas da instituição. Há consciência da alta administração desta situação e estavam sendo empreendidos esforços pela Superintendência para encontrar alternativas para implantar novos sistemas de informação no Hospital D.

Os avanços alcançados no Hospitais A e B na implantação de sistemas de informação na área de compras podem ser considerados como registros interessantes na literatura acadêmica, visto que estudos anteriores indicavam situação similar às verificadas no Hospital D. Embora sem estar totalmente concluída, a constatação das melhorias nos sistema de informação da área de compras do hospital público C indicam evolução na gestão de compras de hospitais públicos.

As análises relacionadas ao segundo construto do *framework* indicam situações distintas na capacitação dos profissionais que atuam na área de compras nos hospitais públicos e privados. Nos quatro hospitais, as posições de liderança são ocupadas por diretores e gestores

com formação acadêmica diferenciada, sólida experiência em administração de compras e da cadeia de suprimentos e amplo domínio de habilidades *soft*. Porém, a capacitação dos ocupantes dos cargos administrativos da área de compras dos hospitais públicos e privados é contrastante: nos hospitais privados todos os ocupantes destes cargos possuem formação superior e muitos buscam desenvolver-se por meio da realização de cursos de pós-graduação e de extensão; já nos hospitais públicos, a maioria dos funcionários que ocupam funções administrativas foram contratados por concurso público, que exigiram formação no ensino médio como requisito e que adquiriram estabilidade vitalícia na função, após admissão. Ocorre que os conhecimentos adquiridos no ensino médio são insuficientes para as demandas atuais das funções administrativas da área de compras. Vários funcionários, buscaram desenvolver-se e realizaram curso superior, após a admissão. Mas, muitos funcionários, acomodados com a estabilidade no emprego e desestimulados pelos baixos salários e pela ausência de benefícios, permaneceram estagnados e sem empreender esforço para o desenvolvimento pessoal, nem motivação para o trabalho. As barreiras para substituir e a impossibilidade de demitir funcionários com desempenho insuficiente geram muitas dificuldades para os gestores de compra de hospitais públicos, além de perdas na eficiência operacional da área. Em razão do exposto, fica caracterizado que as políticas de gestão de recursos humanos adotadas nas organizações públicas impõem barreiras à contratação de funcionários administrativos com a capacitação adequada, impedindo melhoria de desempenho na gestão de compras nos hospitais universitários públicos estudados.

Ainda com relação ao segundo construto, nos quatro hospitais constatou-se integração interna, entre a área de compras e as demais áreas dos complexos hospitalares. Nos hospitais A, B e C a integração é facilitada pelos sistema de informação. A implantação de células de trabalho no Hospital C propiciou melhorias na integração dentro da área de compras e com os as unidades hospitalares. No Hospital D, com bastante determinação, os gestores e profissionais de compras superam as limitações dos sistemas de informação para integrar-se consistentemente com as demais áreas hospitalares. Os Hospitais A e B apresentam um nível elevado de integração e de estabelecimento de relacionamentos de colaboração com fornecedores e os exemplos práticos apresentados nos relatórios dos casos apontam a importância destes relacionamentos para atingir objetivos estratégicos, nos dois hospitais. Apesar das restrições estabelecidas pela legislação de compras públicas, que impossibilita o estabelecimento de relações colaborativas com fornecedores, os Hospitais C e D conseguem atingir um nível suficiente de integração com fornecedores, permitindo realizar as operações com eficiência. Mais uma vez, pode-se considerar tais constatações como relevantes para a

literatura da área, visto que estudos anteriores indicavam comportamentos antagônicos e relações conflituosas como fatores dificultadores para integração e colaboração entre hospitais e fornecedores.

Com relação ao terceiro construto do *framework*, foi verificado que a maioria dos processos para gestão de relacionamento com fornecedores prescritos no *framework* encontram-se implementados nos quatro hospitais estudados. Há um maior nível de aderência entre os processos adotados nos Hospitais A e B e o processos do *framework*. Restrições impostas pela Lei 8666/93 e por outras normas legais impossibilitam a implementação de alguns processos do *framework* nos Hospitais C e D. Destacam-se -se a seguir alguns aspectos relevantes relacionados aos processos para gestão de relacionamento com fornecedores adotados nos hospitais universitários estudados.

Apontada com um dos aspectos críticos para a gestão da cadeia de suprimentos e para a gestão de relacionamento com fornecedores no setor hospitalar, a padronização de itens (materiais, medicamentos, OPME e outros artigos hospitalares) está implementada, com total consistência, nos quatro hospitais. Os requisitos da legislação de compras públicas tornam a elaboração de especificações técnicas ainda mais complexas nos hospitais universitários públicos: elas devem ser genéricas, sem mencionar nenhuma marca ou direcionar a aquisição para algum fornecedor, para possibilitar a ampla concorrência requerida nas licitações públicas; e devem, também, ser precisas, para assegurar que sejam adquiridos itens com a qualidade adequada. No Hospital D as especificações técnicas de itens são realizadas pela Equipe Técnica da área de compras, que desenvolveu uma notável *expertise* na elaboração de tais especificações.

Prevalecem na literatura registros de dificuldades enfrentadas em organizações hospitalares para a padronização de OPME. As boas práticas descritas nos relatos dos casos podem contribuir para ampliar os raros exemplos bem sucedidos de padronização de OPME.

O método para segmentação de materiais, serviços e fornecedores adotado no Hospital A coincide com o método sugerido no *framework*, foi implementado há vários anos e encontra-se consolidado na instituição. Os métodos atualmente adotados no Hospital B foram implementados em 2016 e nos Hospitais C e D não é realizada a segmentação de fornecedores.

Os processos de seleção de fornecedores utilizados nos Hospitais A e B são bastante similares e de acordo com a criticidade do item a ser fornecido, podem envolver avaliação documental e/ou auditoria nas instalações do fornecedor, efetuadas por equipes multidisciplinares dos hospitais ou do GAFO. Apenas fornecedores homologados podem participar dos processos de aquisição dos dois hospitais, possibilitando que os processos sejam

conduzidos com celeridade e objetividade. A contratação de fornecedores é realizada por meio de solicitação de propostas de fornecimento e negociação, cotação de preços manual ou eletrônica e leilão reverso. O acordo de fornecimento pode ser oficializado pela emissão de um pedido de compra ou pela assinatura de um contrato de fornecimento. Usualmente, as negociações para as contratações mais importantes são conduzidas pelos gerentes sêniores e/ou pelos diretores de compras. Em negociações com fornecedores estratégicos podem ser envolvidos o CEO e/ou o presidente das duas organizações hospitalares.

Por força da legislação de compras públicas, não pode ocorrer seleção prévia de fornecedores para participação nos processos de aquisição dos Hospitais C e D. Qualquer fornecedor cadastrado pode participar de uma licitação e a seleção de fornecedores ocorre durante o processo licitatório. Após vencer um pregão, o fornecedor deve comprovar que cumpre os requisitos do edital de licitação e é usual haver a necessidade de realização de testes para comprovar a qualidade do produto ofertado. Em caso de reprovação no teste, reabre-se o pregão e repete-se este procedimento até chegar a um fornecedor que atenda aos requisitos. Algumas vezes, dispende-se meses até fechar um pregão. Devido a esta incerteza, os processos licitatórios são iniciados com muita antecedência e é usual manter maior quantidade de itens em estoque, gerando aumento de custos. As contratações são feitas nas modalidades de pregão, convite ou por dispensa de licitação. Há necessidade de pesquisar preços de referência, absorvendo muito tempo da equipe de compras. As contratações mais importantes são realizadas nos pregões e as negociações são conduzidas pelos pregoeiros, contratados em concurso público, em função que tem formação no ensino médio como requisito. Decisão judicial tomada em meados de 2017 estabeleceu que os hospitais públicos devem seguir a Lei 147/2014, que torna obrigatória a realização de parcela das aquisições com micro e pequenas empresas, que pode tornar os processos de compras dos hospitais universitários públicos ainda mais complexos, menos eficientes e com maiores custos.

A avaliação de desempenho de fornecedores é mensurada de forma bastante similar nos Hospitais A, B e D, com um sistema de pontuação que atribui uma nota a cada entrega realizada pelo fornecedor, resultando numa média anual. Nos hospitais universitários privados deixa-se de adquirir de fornecedores que não apresentarem desempenho satisfatório. No entanto, nos Hospitais C e D enfrentam-se muitos problemas devido ao descumprimento de obrigações pelos fornecedores, principalmente devido a atrasos nas entregas. A legislação de compras públicas, com o intuito de assegurar igualdade de oportunidades a todos os fornecedores, gera distorções e protege fornecedores com desempenho deficiente. Devido a isto, nos Hospitais C e D foi

necessário implantar estruturas para aplicação de sanções e gestão de litígios com fornecedores inadimplentes.

Com relação à gestão da melhoria contínua, a ausência de indicadores para medir o sucesso dos relacionamentos estabelecidos com fornecedores nos Hospitais A e B foi caracterizada como uma lacuna. A criação destes indicadores pode contribuir para aprimorar o gerenciamento dos relacionamentos com os fornecedores.

Nos Hospitais A e B adotam-se algumas estratégias similares para gerir relacionamentos com fornecedores estratégicos e críticos. Nos dois hospitais, concentra-se um alto volume de aquisições com os fornecedores estratégicos e são estabelecidas relações de maior proximidade, reduzindo custos e gerando um diferencial competitivo. Laços de confiança com os fornecedores estratégicos possibilitaram a negociação de “pacotes”, com todos os itens necessários para determinadas cirurgias, com preço fechado. Com isto foi possível implementar a remuneração por performance com algumas fontes pagadoras, que corresponde a importante objetivo estratégico do Hospital B. Com os fornecedores críticos ambos procuram negociar contratos de consignação e acordar para que o fornecedor realize a gestão de estoque dos itens fornecidos. No entanto, conforme detalhado anteriormente, há uma diferença significativa: o Hospital A administra ativamente a categoria de fornecedores alavancados para conseguir reduções de custos importantes e o Hospital B, em função do método usado para segmentar fornecedores, não diferencia uma categoria semelhante de fornecedores, podendo resultar em oportunidades não exploradas de redução de custos.

Nos Hospitais C e D, as limitações impostas pela legislação de compras públicas impõem barreiras para que sejam desenvolvidas estratégias e estabelecidos relacionamentos com fornecedores, de forma similar ao que ocorre nos Hospitais A e B. Considerando que realizar contratos de terceirização é uma das alternativas legais que podem ser utilizadas pelos gestores de compras de hospitais públicos para estabelecer relacionamentos mais eficazes com fornecedores, o Hospital D está desenvolvendo projetos para ampliar as terceirizações no complexo hospitalar, para abranger os setores de farmácia e almoxarifado central.

Constatou-se que a área de compras dos quatro hospitais exerce atuação estratégica em suas organizações. Os executivos de compras dos Hospitais A e B, por meio da implantação de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores, trazem contribuições decisivas para suas organizações atingirem objetivos estratégicos, envolvendo iniciativas para redução de custos, otimização de processos, melhoria de eficiência e na qualidade de produtos e serviços e desenvolvimento de parcerias estratégicas que viabilizam novos negócios e geração de vantagens competitivas. Nos últimos anos, o cenário de grave crise econômica resultou no

congelamento das verbas orçamentárias em hospitais públicos e a atuação estratégica das áreas de compras dos Hospitais C e D foi essencial para obter reduções de custos e melhoria de eficiência com fornecedores, garantindo a continuidade de todas as operações dos complexos hospitalares.

Desta forma, foi possível identificar e analisar os processos e práticas de gestão de relacionamento com fornecedores utilizados nos quatro hospitais universitários, assim como as dificuldades enfrentadas para gestão de relacionamento com fornecedores, que foram classificadas em dificuldades sistêmicas relacionadas com características do mercado fornecedor, do setor hospitalar, da regulamentação de instituições públicas e de comportamentos dos profissionais de saúde; e as dificuldades específicas, relacionadas com características próprias de cada instituição hospitalar. Portanto, foi atingido o objetivo II.

Concluindo, pode-se afirmar que os hospitais universitários A e B estão mais evoluídos que os Hospitais C e D na implantação de gestão de relacionamento com fornecedores. As restrições impostas pela legislação de compras públicas, as limitações advindas das políticas públicas de gestão de recursos humanos e a carência de recursos financeiros para investimentos na infraestrutura de tecnologia de informação podem ser caracterizados como os principais fatores que impedem que os hospitais universitários públicos consigam melhores resultados com a gestão de relacionamento com fornecedores.

Com relação ao desenvolvimento de estudos futuros, tem-se um leque grande de oportunidades, incluindo: estudar a adequação de métodos para segmentação e definição de estratégias de gestão de relacionamento com fornecedores disponíveis na literatura para aplicação em organizações hospitalares; desenvolver estudos sobre projetos de terceirização implantados em organizações públicas, para gerar conhecimentos que auxiliem a implantação bem sucedida de novas iniciativas de terceirização nos hospitais universitários públicos; e estudar a implantação de iniciativas de inteligência de mercado em compras em hospitais, apontando possíveis caminhos para desenvolvimento destas iniciativas.

Tem-se a expectativa de que este estudo possa contribuir para ampliar a compreensão sobre a gestão de relacionamento com fornecedores em organizações hospitalares e que as informações aqui disponibilizadas, possam auxiliar os gestores hospitalares a aprimorar os processos de gestão de relacionamento com fornecedores em suas organizações.

Referências

- ABERDEEN GROUP. Best practices in spending analysis: The cure for a corporate epidemic. 2004. Disponível em: < <https://www.unspsc.org/Portals/3/Documents/Best%20Practices%20in%20Spending%20Analysis%20--%20Cure%20for%20a%20Corporate%20Epidemic.pdf> >. Acesso em: 08 abr. 2017.
- AHI, P.; JABER, M. Y.; SEARCY, C. A comprehensive multidimensional framework for assessing the performance of sustainable supply chains. **Applied Mathematical Modelling**, v. 40, n. 23, p. 10153-10166, 2016. ISSN 0307-904X.
- AKYUZ, G. A.; REHAN, M. Requirements for forming an 'e-supply chain'. **International Journal of Production Research**, v. 47, n. 12, p. 3265-3287, 2009. ISSN 0020-7543.
- ALAJOUTSIJÄRVI, K.; MÖLLER, K.; TÄHTINEN, J. Beautiful exit: how to leave your business partner. **European Journal of Marketing**, v. 34, n. 11/12, p. 1270-1290, 2000. ISSN 0309-0566.
- ALLAN, G. M.; LEXCHIN, J. Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: A systematic review. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 24, n. 2, p. 158, 2008. ISSN 0266-4623.
- ALLEIJN, S.; BAARSPUL, F.; PLANTE, M. Supplier Relationship Management (SRM) Research 2012-2013: Solution Analysis and Business Insights. **Capgemini Consulting**, 2013. Disponível em: < https://www.capgemini-consulting.com/resource-file-access/resource/pdf/supplier_relationship_management_research_2012-2013-9jan2013_0.pdf >. Acesso em: 09/02/2016.
- ANDERSON, M. G.; KATZ, P. B. Strategic sourcing. **The International Journal of Logistics Management**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 1998. ISSN 0957-4093.
- APICS. Supply Chain Council to Merge with APICS. 2018. Disponível em: < <http://www.apics.org/about/overview/apics-news-detail/2014/04/30/supply-chain-council-to-merge-with-apics> >. Acesso em: 12 jan. 2018.
- APPELFELLER, W.; BUCHHOLZ, W. **Supplier Relationship Management: Strategie Organisation und IT des modernen Beschaffungsmanagements**. Wiesbaden: Gabler, 2005.
- ARONSSON, H.; ABRAHAMSSON, M.; SPENS, K. Developing lean and agile health care supply chains. **Supply Chain Management - An International Journal**, v. 16, n. 3, p. 176-183, 2011. ISSN 1359-8546.
- ASHBY, A.; LEAT, M.; HUDSON-SMITH, M. Making connections: A review of supply chain management and sustainability literature. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 17, n. 5, p. 497-516, 2012. ISSN 1359-8546.
- BADE, K.; HOOGERBRUG, J. Awareness of surgical costs: A multicenter cross-sectional survey. **Journal of Surgical Education**, v. 72, n. 1, p. 23-27, 2015. ISSN 1931-7204.

- BALDAM, R.; VALLE, R.; ROZENFELD, H. **Gerenciamento de processos de negócio - BPM: Uma referência para implantação prática**. Elsevier Editora Ltda, 2014. ISBN 978-85-352-7138-6.
- BALTACIOGLU, T. et al. A new framework for service supply chains. **The Service Industries Journal**, v. 27, n. 2, p. 105-124, 2007. ISSN 0264-2069.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Taxas de câmbio. 2017. Disponível em: <<http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpesq.asp?id=txcotacao>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev Adm Saúde**, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.
- BARBAROSOGLU, G.; YAZGAÇ, T. An application of the analytic hierarchy process to the supplier selection problem. **Production and Inventory Management Journal**, v. 38, n. 1, p. 14-21, 1997.
- BARNES, B. R.; NAUDÉ, P.; MICHELL, P. Exploring commitment and dependency in dyadic relationships. **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 12, n. 3, p. 1-26, 2005. ISSN 1051-712X.
- BARROS, P. P. **Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos**. 3a. Ed. Coimbra: Edições Almedina S.A., 2013.
- BASNET, C. The measurement of internal supply chain integration. **Management Research Review**, v. 36, n. 2, p. 153-172, 2013. ISSN 2040-8269.
- BEGO, M. A. **Arquitetura de sistemas para otimização da cadeia de suprimentos hospitalar (ASOCSH)**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Engenharia de Energia e Automação Elétricas, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- BEIER, F. J. The management of the supply chain for hospital pharmacies: A focus on inventory management practices. **Journal of Business Logistics**, v. 16, n. 2, p. 153, 1995. ISSN 0735-3766.
- BEMELMANS, J.; VOORDIJK, H.; VOS, B. Designing a tool for an effective assessment of purchasing maturity in construction. **Benchmarking: An International Journal**, v. 20, n. 3, p. 342-361, 2013. ISSN 1463-5771.
- BEMELMANS, J. et al. Assessing buyer-supplier relationship management: Multiple case-study in the Dutch construction industry. **Journal of Construction Engineering and Management**, v. 138, n. 1, p. 163-176, 2012.
- BENSAOU, M. Portfolios of buyer-supplier relationships. **Sloan Management Review**, v. 40, n. 4, p. 35, Sum 1999. ISSN 0019-848X.

- BERNARDES, E. S. The effect of supply management on aspects of social capital and the impact on performance: A social network perspective. **Journal of Supply Chain Management**, v. 46, n. 1, p. 45-55, 2010. ISSN 1745-493X.
- BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. A 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. 65-75, 1999. ISSN 0103-6513.
- BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: Care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008. ISSN 0278-2715.
- BHAKOO, V.; SINGH, P.; SOHAL, A. Collaborative management of inventory in Australian hospital supply chains: practices and issues. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 17, n. 2, p. 217-230, 2012. ISSN 1359-8546.
- BODENHEIMER, T.; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 6, p. 573-576, 2014. ISSN 1544-1709.
- BOLUMOLE, Y. A.; KNEMEYER, A. M.; LAMBERT, D. M. The customer service management process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 14, n. 2, p. 15-31, 2003. ISSN 0957-4093.
- BORGATTI, S. P.; LI, X. On social network analysis in a supply chain context. **Journal of Supply Chain Management**, v. 45, n. 2, p. 5-22, 2009. ISSN 1745-493X.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Hospitais universitários. 2017. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/hospitais-universitarios> >. Acesso em: 16 dez. 2017.
- BRINER, R. B.; DENYER, D. Systematic review and evidence synthesis as a practice and scholarship tool. In: ROUSSEAU, D. M. (Ed.). **The Oxford Handbook of Evidence-Based Management**. New York: Oxford University Press, 2012. p.112-129.
- BRYMAN, A. **Research Methods and Organization Studies**. New York: Routledge. 1989.
- BURGESS, K.; SINGH, P. J.; KOROGLU, R. Supply chain management: A structured literature review and implications for future research. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 26, n. 7, p. 703-729, 2006. ISSN 01443577 (ISSN).
- BURNS, L. R. et al. Implant vendors and hospitals: Competing influences over product choice by orthopedic surgeons. **Health Care Management Review**, v. 34, n. 1, p. 2-18, Jan-Mar 2009. ISSN 0361-6274.
- BURNS, L. R.; LEE, J. A. Hospital purchasing alliances: utilization, services, and performance. **Health Care Management Review**, v. 33, n. 3, p. 203-215, 2008. ISSN 0361-6274.
- BURT, T. Seeing the future: Innovative supply chain management strategies. **Healthcare Executive**, v. 21, n. 1, p. 16, 2006. ISSN 0883-5381.

BÖHME, T. et al. Squaring the circle of healthcare supplies. **Journal of Health, Organisation and Management**, v. 28, n. 2, p. 247-265, 2014.

CAMBRIDGE DICTIONARY. **Cambridge English Dictionary**. 2018. Disponível em: < <https://dictionary.cambridge.org/> >. Acesso em: 27 fev 2018.

CAMPELO FILHO, E. G.; STUCKY, W. The supplier relationship management market trends. **World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering**, v. 1, n. 4, p. 83-88, 2007.

CANIELS, M. C. J.; GELDERMAN, C. J. Power and interdependence in buyer supplier relationships: A purchasing portfolio approach. **Industrial Marketing Management**, v. 36, n. 2, p. 219-229, Feb 2007. ISSN 0019-8501.

CAPS RESEARCH. CAPS Research 16th Annual Best Practices Workshop: Advanced Approaches to Supplier Relationship Management - October 5-7. 2015. Disponível em: < <https://events.capsresearch.org/events/BPW2015/Home> >. Acesso em: 09/02/2016

CARETA, C. B. **Medição de desempenho das atividades logísticas: Estudo de casos múltiplos em hospitais de ensino universitários**. 2013. 184 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Departamento de Engenharia de Produção, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2013.

CARNEIRO, L. A. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar 2013.

CARR, A. S.; PEARSON, J. N. Strategically managed buyer-supplier relationships and performance outcomes. **Journal of Operations Management**, v. 17, n. 5, p. 497-519, 1999. ISSN 0272-6963.

CARTA CAPITAL. **Saúde é a maior preocupação dos brasileiros**. 23 fev. 2014. Disponível em: < <https://www.cartacapital.com.br/politica/saude-e-maior-preocupacao-dos-brasileiros-3422.html> >. Acesso em: 14 mai. 2017.

CARTER, C. R. A call for theory: The maturation of the supply chain management discipline. **Journal of Supply Chain Management**, v. 47, n. 2, p. 3-7, 2011. ISSN 1745-493X.

CARTER, C. R.; ROGERS, D. S. A framework of sustainable supply chain management: Moving toward new theory. **International Journal of Physical Distribution and Logistics Management**, v. 38, n. 5, p. 360-387, // 2008. ISSN 09600035 (ISSN).

CARTER, C. R.; ROGERS, D. S.; CHOI, T. Y. Toward the theory of the supply chain. **Journal of Supply Chain Management**, v. 51, n. 2, p. 89-97, 2015. ISSN 1745-493X.

CARTER, J. R.; NARASIMHAN, R. Is purchasing really strategic? **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 32, n. 4, p. 20-28, 1996a. ISSN 1745-493X.

_____. Purchasing and Supply Management: Future directions and trends. **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 32, n. 3, p. 2-12, 1996b. ISSN 1745-493X.

CHAN, H. K.; KUMAR, V. Special Issue - Applications of reference models for supply-chain integration. **Production Planning & Control**, v. 25, n. 13-14, p. 1059-1064, Oct 2014. ISSN 0953-7287.

CHANDRA, C.; KUMAR, S.; GHILDAYAL, N. S. Hospital cost structure in the USA: What's behind the costs? A business case. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 4, p. 314-328, 2011.

CHEN, D. Q.; PRESTON, D. S.; XIA, W. Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical test. **Journal of Operations Management**, v. 31, n. 6, p. 391-408, 2013. ISSN 0272-6963.

CHEN, I. J.; PAULRAJ, A. Understanding supply chain management: critical research and a theoretical framework. **International Journal of Production Research**, v. 42, n. 1, p. 131-163, 2004. ISSN 0020-7543.

CHEN, I. J.; PAULRAJ, A.; LADO, A. A. Strategic purchasing, supply management, and firm performance. **Journal of Operations Management**, v. 22, n. 5, p. 505-523, Oct 2004. ISSN 0272-6963.

CHIANG, C.-Y.; KOCABASOGLU-HILLMER, C.; SURESH, N. An empirical investigation of the impact of strategic sourcing and flexibility on firm's supply chain agility. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 32, n. 1, p. 49-78, 2012. ISSN 0144-3577.

CHICKSAND, D. et al. Theoretical perspectives in purchasing and supply chain management: an analysis of the literature. **Supply Chain Management - An International Journal**, v. 17, n. 4, p. 454-472, 2012. ISSN 1359-8546.

CHOI, T. Y.; DOOLEY, K. J.; RUNGTUSANATHAM, M. Supply networks and complex adaptive systems: control versus emergence. **Journal of operations management**, v. 19, n. 3, p. 351-366, 2001. ISSN 0272-6963.

CHOI, T. Y.; HONG, Y. Unveiling the structure of supply networks: Case studies in Honda, Acura, and DaimlerChrysler. **Journal of Operations Management**, v. 20, n. 5, p. 469-493, Sep 2002. ISSN 0272-6963.

CHOI, T. Y.; KRAUSE, D. R. The supply base and its complexity: Implications for transaction costs, risks, responsiveness, and innovation. **Journal of Operations Management**, v. 24, n. 5, p. 637-652, Sep 2006. ISSN 0272-6963.

CHOY, K. L. et al. Design of an intelligent supplier relationship management system for new product development. **International Journal of Computer Integrated Manufacturing**, v. 17, n. 8, p. 692-715, 2004.

_____. An enterprise collaborative management system: A case study of supplier selection in new product development. **International Journal of Technology Management**, v. 28, n. 2, p. 206-226, 2004.

CHOY, K. L.; LEE, W. B.; LO, V. Development of a case based intelligent customer-supplier relationship management system. **Expert Systems with Applications**, v. 23, n. 3, p. 281-297, 2002.

_____. An intelligent supplier relationship management system for selecting and benchmarking suppliers. **International Journal of Technology Management**, v. 26, n. 7, p. 717-742, 2003a.

_____. Design of a case based intelligent supplier relationship management system — The integration of supplier rating system and product coding system. **Expert Systems with Applications**, v. 25, n. 1, p. 87-100, 2003b. ISSN 0957-4174.

_____. Design of an intelligent supplier relationship management system: a hybrid case based neural network approach. **Expert Systems with Applications**, v. 24, n. 2, p. 225-237, 2003c. ISSN 0957-4174.

_____. An enterprise collaborative management system – A case study of supplier relationship management. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 17, n. 3, p. 191-207, 2004a.

_____. Development of a case based intelligent supplier relationship management system – Linking supplier rating system and product coding system. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 9, n. 1, p. 86-101, 2004b. ISSN 1359-8546.

CHRISTOPHER, M. **Logistics and supply chain management - Fifth edition**. Pearson UK, 2016. ISBN 1292083794, 978-1292083797.

CIPS - CHARTERED INSTITUTE OF PROCUREMENT AND SUPPLY. PSM - Supplier Relationship Management - CIPS Positions on Practice. 2013. Disponível em: <https://www.cips.org/Documents/Knowledge/Procurement-Topics-and-Skills/13-SRM-and-SC-Management/Supplier-Development/POP-Supplier_Relationship_Management.pdf>. Acesso em: 09/02/2016.

CLEGG, H.; MONTGOMERY, S. 7 Steps for sourcing information products. **Information outlook**, v. 9, n. 12, p. 34-39, 2005. ISSN 1091-0808.

CLOSS, D. J.; BOLUMOLE, Y. A.; RODAMMER, F. Supply chain management opportunities for regional economic development. **Transportation Journal**, v. 53, n. 4, p. 453-498, 2014. ISSN 00411612 (ISSN).

COCHRAN, D. S.; WHITE, D. D. Intraorganizational conflict in the hospital purchasing decision making process. **Academy of Management Journal**, v. 24, n. 2, p. 324-332, 1981. ISSN 0001-4273.

COLLINS DICTIONARY. **Free Online English Dictionary**. 2018. Disponível em: <<https://www.collinsdictionary.com/>>. Acesso em: 27 fev 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014. **Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades**, n. 16, p. 1-48, 2014. ISSN 2317-7012. Disponível em: < http://arquivos.portaldaindustria.com.br/app/conteudo_18/2014/02/12/5886/20140212104351194211a.pdf >.

_____. Inflação volta a ser uma das principais preocupações do brasileiro. **Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades**, v. 5, n. 22, p. 1-6, 2015. ISSN 2317-7012. Disponível em: < <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Documents/RSB%2022%20-%20Problemas%20e%20prioridades.pdf> >.

_____. Corrupção é o principal problema do país - Saúde continua sendo a prioridade para as ações do governo. **Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades**, v. 5, n. 28, p. 1-6, 2016. ISSN 2317-7012. Disponível em: < https://static-cms-si.s3.amazonaws.com/media/filer_public/1b/64/1b64e9a9-cfe6-42b1-9de8-eca35c5a03f7/retratosdasociedadebrasileira_28_problemasprioridadespara2016.pdf >.

_____. Desemprego é o mais citado entre os principais problemas do país. **Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades**, v. 6, n. 36, p. 1-8, 2017. ISSN 2317-7012 Disponível em: < https://static-cms-si.s3.amazonaws.com/media/filer_public/3a/d7/3ad79363-04b5-433a-a4c6-9fa04300ebd4/retratosdasociedadebrasileira_36_problemasprioridades.pdf >.

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. Ranking Web of World Hospitals - 2015. 2017. Disponível em: < http://hospitals.webometrics.info/en/Latin_America >. Acesso em: 05 mai 2017.

COOPER, M. C.; LAMBERT, D. M.; PAGH, J. D. Supply chain management: More than a new name for logistics. **The International Journal of Logistics Management**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 1997. ISSN 0957-4093.

COROMINAS, A. Supply chains: what they are and the new problems they raise. **International Journal of Production Research**, v. 51, n. 23-24, p. 6828-6835, Nov 2013. ISSN 0020-7543.

CORRÊA, H. L. **Gestão de redes de suprimento: Integrando cadeias de suprimento no mundo globalizado**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010. ISBN 8522479208.

COUNCIL OF SUPPLY CHAIN MANAGEMENT PROFESSIONALS. **Supply chain management terms and glossary**. Updated: August 2013, 2017. Acesso em: 03 maio 2017.

COX, A. Sourcing portfolio analysis and power positioning: towards a “paradigm shift” in category management and strategic sourcing. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 20, n. 6, p. 717-736, 2015. ISSN 1359-8546.

COX, A. et al. Supplier relationship management: A framework for understanding managerial capacity and constraints. **European Business Journal**, v. 15, n. 3, p. 135-145, 2003. ISSN 0955-808X.

CROOM, S.; ROMANO, P.; GIANNAKIS, M. Supply chain management: An analytical framework for critical literature review. **European Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 6, n. 1, p. 67-83, 2000. ISSN 09697012 (ISSN).

CROXTON, K. L. The order fulfillment process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 14, n. 1, p. 19-32, 2003. ISSN 0957-4093.

CROXTON, K. L. et al. The supply chain management processes. **The International Journal of Logistics Management**, v. 12, n. 2, p. 13-36, 2001. ISSN 0957-4093.

_____. The demand management process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 13, n. 2, p. 51-66, 2002. ISSN 0957-4093.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. **Medicina (Ribeirao Preto)**, v. 41, n. 2, p. 135-142, 2008. ISSN 2176-7262.

DAY, M.; MAGNAN, G. M.; MOELLER, M. M. Evaluating the bases of supplier segmentation: A review and taxonomy. **Industrial Marketing Management**, v. 39, n. 4, p. 625-639, May 2010. ISSN 0019-8501.

DE VRIES, J. The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis. **International Journal of Production Economics**, v. 133, n. 1, p. 60-69, 9// 2011. ISSN 0925-5273.

DE VRIES, J.; HUIJSMAN, R. Supply chain management in health services: An overview. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 16, n. 3, p. 159-165, 2011. ISSN 1359-8546.

DELOITTE CONSULTING. Supplier Relationship Management: Redefining the value of strategic supplier collaboration. 2015. Disponível em: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/operations/Supplier_Relationship_Management_2015.pdf>. Acesso em: 02/09/2016.

DENYER, D.; TRANFIELD, D. Producing a Systematic Review. In: BUCHANAN, D. e BRYMAN, A. (Ed.). **The Sage Handbook of Organizational Research Methods**. London: Sage, 2009. p.671–689.

DEY, P. K. et al. Strategic supplier performance evaluation: A case-based action research of a UK manufacturing organisation. **International Journal of Production Economics**, v. 166, p. 192-214, 2015. ISSN 0925-5273.

DOBZYKOWSKI, D. et al. A structured analysis of operations and supply chain management research in healthcare (1982–2011). **International Journal of Production Economics**, v. 147, p. 514-530, 2014. ISSN 0925-5273.

DRAKE, P. R.; MYUNG LEE, D.; HUSSAIN, M. The lean and agile purchasing portfolio model. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 18, n. 1, p. 3-20, 2013. ISSN 1359-8546.

DU TOIT, D.; VLOK, P.-J. Supply chain management: A framework of understanding. **South African Journal of Industrial Engineering**, v. 25, n. 3, p. 25-38, 2014. ISSN 2224-7890.

DUARTE, N. C. M. et al. Gestão de compras em um hospital de ensino terciário: Um estudo de caso. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 48, n. 1, p. 48-56, 2015. ISSN 2176-7262.

DUBEY, R.; GUNASEKARAN, A.; ALI, S. S. Exploring the relationship between leadership, operational practices, institutional pressures and environmental performance: A framework for green supply chain. **International Journal of Production Economics**, v. 160, p. 120-132, 2015. ISSN 0925-5273.

DYER, J. H.; CHO, D. S.; CHU, W. J. Strategic supplier segmentation: The next "best practice" in supply chain management. **California Management Review**, v. 40, n. 2, p. 57-+, Win 1998. ISSN 0008-1256.

ELLRAM, L. M. A framework for total cost of ownership. **The International Journal of Logistics Management**, v. 4, n. 2, p. 49-60, 1993. ISSN 0957-4093.

_____. A taxonomy of total cost of ownership models. **Journal of Business Logistics**, v. 15, n. 1, p. 171, 1994. ISSN 0735-3766.

_____. Total cost of ownership: An analysis approach for purchasing. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 25, n. 8, p. 4-23, 1995. ISSN 0960-0035.

ELLRAM, L. M.; CARR, A. Strategic purchasing: A history and review of the literature. **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 30, n. 1, p. 9-19, 1994. ISSN 1745-493X.

ELLRAM, L. M.; COOPER, M. C. Supply chain management: It's all about the journey, not the destination. **Journal of Supply Chain Management**, v. 50, n. 1, p. 8-20, 2014.

ELLRAM, L. M.; KRAUSE, D. Robust supplier relationships: Key lessons from the economic downturn. **Business Horizons**, v. 57, n. 2, p. 203-213, 2014. ISSN 0007-6813.

ELLRAM, L. M.; SIFERD, S. P. Total cost of ownership: A key concept in strategic cost management decisions. **Journal of Business Logistics**, v. 19, n. 1, p. 55, 1998. ISSN 0735-3766.

ELLRAM, L. M.; TATE, W. L.; BILLINGTON, C. Understanding and managing the services supply chain. **Journal of Supply Chain Management**, v. 40, n. 3, p. 17-32, 2004. ISSN 1745-493X.

_____. Services supply management: The next frontier for improved organizational performance. **California Management Review**, v. 49, n. 4, p. 44-66, 2007. ISSN 0008-1256.

EYHOLZER, K.; KUHLMANN, W.; MÜNGER, T. Wirtschaftlichkeitsaspekte eines partnerschaftlichen Lieferantenmanagements. **HMD-Praxis der Wirtschaftsinformatik**, v. 39, n. 228, p. 66-76, 2002.

FAN, C. et al. A characterization of lower-tier supplier visibility practices in supplier relationship management. **Supply Chain Forum**, v. 14, n. 1, p. 2-14, 2013.

FAWCETT, S. E.; WALLER, M. A. Making sense out of chaos: Why theory is relevant to supply chain research. **Journal of Business Logistics**, v. 32, n. 1, p. 1-5, 2011. ISSN 2158-1592.

FELDSTEIN, J.; BROOKS, E. Optimizing medical device buying: Value analysis models can help you improve decision-making process. **Materials Management in Health Care**, v. 19, n. 5, p. 20-22, 2010.

FELDSTEIN, P. J. **Health care economics**. Cengage Learning, 2012. ISBN 1133708234.

FERDOWS, K.; LEWIS, M. A.; MACHUCA, J. A. D. Rapid-fire fulfillment. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 11, p. 104-117, 2004. ISSN 0017-8012.

FERRELL, O. C. et al. A framework for understanding ethical supply chain decision making. **Journal of Marketing Channels**, v. 20, n. 3-4, p. 260-287, 2013. ISSN 1046-669X.

FILIPPINI, R. Operations management research: Some reflections on evolution, models and empirical studies in OM. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 17, n. 7, p. 655-670, 1997. ISSN 0144-3577.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: Operações, estratégia e tecnologia da informação**. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. ISBN 8580553296.

FOLHA DE SÃO PAULO. Saúde supera corrupção como pior problema para a população. 11 dez. 2016. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/12/1840371-saude-supera-corrupcao-como-pior-problema-para-a-populacao.shtml> >. Acesso em: 16 mai. 2017.

FORBES. America's largest private companies - 2017 Ranking. 2017a. Disponível em: < <https://www.forbes.com/largest-private-companies/list/#tab:rank> >. Acesso em: 25 ago. 2017.

_____. The world's biggest public companies - 2017 Ranking. 2017b. Disponível em: < <https://www.forbes.com/global2000/list/#tab:overall> >. Acesso em: 25 ago. 2017.

GADDE, L. E.; SNEHOTA, I. Making the most of supplier relationships. **Industrial Marketing Management**, v. 29, n. 4, p. 305-316, Jul 2000. ISSN 0019-8501.

GANDHI, A. V.; SHAIKH, A.; SHEOREY, P. A. Impact of supply chain management practices on firm performance: Empirical evidence from a developing country. **International Journal of Retail & Distribution Management**, v. 45, n. 4, p. 366-384, 2017. ISSN 0959-0552.

GARCIA, L. P. et al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: Estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015. ISSN 1413-8123.

_____. Healthcare expenses of Brazilian families living in metropolitan areas: Composition and trends during the period from 1995 to 2009. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 115-128, 2013. ISSN 14138123 (ISSN).

GELDERMAN, C. J.; VAN WEELE, A. J. Strategic direction through purchasing portfolio management: A case study. **Journal of Supply Chain Management**, v. 38, n. 1, p. 30-37, 2002. ISSN 1745-493X.

_____. Purchasing portfolio models: A critique and update. **Journal of Supply Chain Management**, v. 41, n. 3, p. 19-27, 2005. ISSN 15232409 (ISSN).

GEORGISE, F. B.; WUEST, T.; THOBEN, K.-D. SCOR model application in developing countries: challenges & requirements. **Production Planning & Control**, v. 28, n. 1, p. 17-32, 2017. ISSN 0953-7287.

GERMAIN, R. et al. The impact of relational supplier exchange on financial performance: A study of the hospital sector. **Journal of Business Logistics**, v. 32, n. 3, p. 240-253, 2011. ISSN 2158-1592.

GIANNAKIS, M. Conceptualizing and managing service supply chains. **The Service Industries Journal**, v. 31, n. 11, p. 1809-1823, 2011. ISSN 0264-2069.

_____. The intellectual structure of the supply chain management discipline: A citation and social network analysis. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 25, n. 2, p. 136-169, 2012. ISSN 17410398 (ISSN).

GIANNAKIS, M.; CROOM, S. R. Toward the development of a supply chain management paradigm: A conceptual framework. **Journal of Supply Chain Management**, v. 40, n. 2, p. 27-38, 2004. ISSN 1523-2409.

GIANNAKIS, M.; DORAN, D.; CHEN, S. The Chinese paradigm of global supplier relationships: Social control, formal interactions and the mediating role of culture. **Industrial Marketing Management**, v. 41, n. 5, p. 831-840, 2012. ISSN 0019-8501.

GIBSON, B. J.; MENTZER, J. T.; COOK, R. L. Supply chain management: the pursuit of a consensus definition. **Journal of Business Logistics**, v. 26, n. 2, p. 17-25, 2005. ISSN 2158-1592.

GIUNIPERO, L. C. et al. A decade of SCM literature: past, present and future implications. **Journal of Supply Chain Management**, v. 44, n. 4, p. 66-86, 2008. ISSN 1745-493X.

GOLD, S.; SEURING, S.; BESKE, P. Sustainable supply chain management and inter-organizational resources: A literature review. **Corporate Social Responsibility and Environmental Management**, v. 17, n. 4, p. 230-245, 2010. ISSN 15353958 (ISSN).

GOLDSBY, T. J.; GARCÍA-DASTUGUE, S. J. The manufacturing flow management process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 14, n. 2, p. 33-52, 2003. ISSN 0957-4093.

GONZALEZ-LOUREIRO, M.; DABIC, M.; KIESSLING, T. Supply chain management as the key to a firm's strategy in the global marketplace Trends and research agenda. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 45, n. 1-2, p. 159-181, 2015. ISSN 0960-0035.

GOVERNO DO BRASIL. Conheça alguns dos principais hospitais de referência do país. 2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/conheca-alguns-dos-principais-hospitais-de-referencia-do-pais> >. Acesso em: 11 mai 2017.

GRANDELLE, R. Ibope: Saúde é a maior preocupação do eleitor em 19 capitais. **O Globo**, 26 ago. 2016. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/brasil/ibope-saude-a-maior-preocupacao-do-eleitor-em-19-capitais-19996686> >. Acesso em: 15 mai. 2017.

GRIMM, C. et al. Supply chain management research in management journals: A review of recent literature (2004-2013). **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 45, n. 5, p. 404-458, 2015. ISSN 0960-0035.

GRUNDY, Q. "Whether something cool is good enough": The role of evidence, sales representatives and nurses' expertise in hospital purchasing decisions. **Social Science & Medicine**, v. 165, p. 82-91, Sep 2016. ISSN 0277-9536.

GULLEDGE, T. B2B eMarketplaces and small and medium sized enterprises. **Computers in Industry**, v. 49, n. 1, p. 47-58, 2002. ISSN 0166-3615.

HAGEN, B. P.; EPSTEIN, A. L. Physicians and capital purchases. Involving physicians in purchasing decisions can improve patient care and staff collaboration. **Healthcare Executive**, v. 19, n. 3, p. 48-49, 2004.

HALINEN, A.; TÄHTINEN, J. A process theory of relationship ending. **International Journal of Service Industry Management**, v. 13, n. 2, p. 163-180, 2002. ISSN 0956-4233.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution**. New York: Harper Collins Publishers, 2005.

HAMMERVOLL, T. Expanding the unit of analysis from firms to supply networks. **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 23, n. 3, p. 193-205, 2016. ISSN 1051-712X.

HARLAND, C. M. Supply chain management: relationships, chains and networks. **British Journal of Management**, v. 7, n. Special Issue, p. S63-S80, 1996. ISSN 1467-8551.

HART, C. **Doing a literature review: Releasing the social science research imagination**. Sage Publications, 1998. ISBN 0761959750.

HARTMANN, E.; KERKFELD, D.; HENKE, M. Top and bottom line relevance of purchasing and supply management. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 18, n. 1, p. 22-34, 2012. ISSN 1478-4092.

HELMUTH, C. A. et al. Supply chain management research: Key elements of study design and statistical testing. **Journal of Operations Management**, v. 36, p. 178-186, 2015. ISSN 0272-6963.

HENDRIKX, R. J. P. et al. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. **Health Policy**, v. 120, n. 5, p. 471-485, 2016. ISSN 0168-8510.

HESPING, F. H.; SCHIELE, H. Purchasing strategy development: A multi-level review. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 21, n. 2, p. 138-150, Jun 2015. ISSN 1478-4092.

HIMMELSTEIN, D. U. et al. A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. **Health Affairs**, v. 33, n. 9, p. 1586-1594, 2014. ISSN 0278-2715.

HOPE-ROSS, D.; SPENCER, C. SRM is not yet a suite spot. **Gartner Group**, v. October 2001, 2001.

HUGHES, J. From vendor to partner: Why and how leading companies collaborate with suppliers for competitive advantage. **Global Business and Organizational Excellence**, v. 27, n. 3, p. 21-37, 2008. ISSN 1932-2062.

HUGHES, J.; RAYER, E.; GORDON, M. **Customer Supplier Negotiation Study**: Vantage Partners 2009.

HUGHES, J.; WADD, J. Getting the most out of SRM. **Supply Chain Management Review**, v. 16, n. 1, p. 3, 2012. ISSN 1521-9747.

HUMPHREYS, M. A.; WILLIAMS, M. R.; GOEBEL, D. J. Toward an enhanced definition and measurement of purchasing's strategic role in buyer-supplier relationships. **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 15, n. 3, p. 323-353, 2008. ISSN 1051-712X.

HUNG, S. Y. et al. Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives. **Decision Support Systems**, v. 48, n. 4, p. 592-603, 2010.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil: Uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: Instituto Coalizão Saúde, 2017a.

_____. **Modelos de pagamento baseados em valor**. São Paulo: Instituto Coalizão Saúde 2017b.

ISHII, L. et al. Improving healthcare value through clinical community and supply chain collaboration. **Healthcare**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2017/03/01/ 2017. ISSN 2213-0764.

IVENS, B. S.; VAN DE VIJVER, M.; VOS, B. Managing and developing key supplier relationships: An introduction to the special issue, discussion and implications. **Industrial Marketing Management**, v. 42, n. 2, p. 135-138, Feb 2013. ISSN 0019-8501.

IVLEV, I.; KNEPPO, P.; BARTAK, M. Multicriteria decision analysis: a multifaceted approach to medical equipment management. **Technological and Economic Development of Economy**, v. 20, n. 3, p. 576-589, 2014. ISSN 2029-4913.

JARRETT, P. G. Logistics in the health care industry. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 28, n. 9/10, p. 741-772, 1998. ISSN 0960-0035.

JEONG, J. G. et al. Framework of manufacturer and supplier relationship in the manufactured housing industry. **Journal of Management in Engineering**, v. 29, n. 4, p. 369-381, 2012. ISSN 0742-597X.

JOHNSTON, W. J.; LEACH, M. P.; LIU, A. H. Theory testing using case studies in business-to-business research. **Industrial Marketing Management**, v. 28, n. 3, p. 201-213, 1999. ISSN 0019-8501.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Unidades acreditadas no Brasil. 2017. Disponível em: < <http://www.cbacred.org.br/unidades-acreditadas-no-brasil.asp#> >. Acesso em: 11 mai 2017.

KATHAWALA, Y.; ABDOL, K. Supply chain evaluation in the service industry: a framework development compared to manufacturing. **Managerial Auditing Journal**, v. 18, n. 2, p. 140-149, 2003. ISSN 0268-6902.

KAUFMANN, L.; ASTOU SAW, A. Using a multiple-informant approach in SCM research. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 44, n. 6, p. 511-527, 2014. ISSN 0960-0035.

KEITH, B. et al. **Strategic sourcing in the new economy: Harnessing the potential of sourcing business models for modern procurement**. Palgrave Macmillan, 2015. 1-448 ISBN 9781137552204 (ISBN); 9781137552181 (ISBN).

KERZNER, H. **Gerenciamento de projetos: Uma abordagem sistêmica para planejamento, programação e controle**. São Paulo: Blücher, 2011.

KETCHAM, J. D.; FURUKAWA, M. F. Market watch - Hospital-physician gainsharing in cardiology. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 803-812, May-Jun 2008. ISSN 0278-2715.

KETCHEN, D. J.; CROOK, T. R.; CRAIGHEAD, C. W. From supply chains to supply ecosystems: Implications for strategic sourcing research and practice. **Journal of Business Logistics**, v. 35, n. 3, p. 165-171, 2014. ISSN 2158-1592.

KNIGHT, A. K. **Beyond leveraged purchasing: Using strengthened buyer/supplier relationships to accomplish sustainable strategic sourcing and smarter single source acquisitions**. 2017. Tese (Doutorado). The George Washington University

KNIGHT, A. K. et al. Strategic sourcing and corporate social responsibility: Aligning a healthcare organization's strategic objectives. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 23, n. 2, p. 94-104, 2017. ISSN 1478-4092.

KOCABASOGLU, C.; SURESH, N. C. Strategic sourcing: An empirical investigation of the concept and its practices in U.S. manufacturing firms. **Journal of Supply Chain Management**, v. 42, n. 2, p. 4-16, 2006. ISSN 15232409 (ISSN).

KOKA, B. R.; PRESCOTT, J. E. Strategic alliances as social capital: A multidimensional view. **Strategic Management Journal**, v. 23, n. 9, p. 795-816, 2002. ISSN 1097-0266.

KOWALSKI, J. C. Needed: a strategic approach to supply chain management. **Healthcare Financial Management : Journal of the Healthcare Financial Management Association**, v. 63, n. 6, p. 90-98, 2009.

KRALJIC, P. Purchasing must become supply management. **Harvard Business Review**, v. 61, n. 5, p. 109-117, 1983.

KRAUSE, D.; ELLRAM, L. M. The effects of the economic downturn on interdependent buyer-supplier relationships. **Journal of Business Logistics**, v. 35, n. 3, p. 191-212, 2014. ISSN 2158-1592.

KROENKE, D. M. **Using MIS - Fourth Edition**. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2012. ISBN 9780133133042.

KUMAR, N.; STERN, L. W.; ANDERSON, J. C. Conducting interorganizational research using key informants. **Academy of Management Journal**, v. 36, n. 6, p. 1633, 1993.

KUMAR, S.; DEGROOT, R. A.; CHOE, D. Rx for smart hospital purchasing decisions: The impact of package design within US hospital supply chain. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 38, n. 8, p. 601-615, 2008. ISSN 0960-0035.

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

LAGUNA, M.; MARKLUND, J. **Business process modeling, simulation and design - Second edition**. CRC Press, 2013. ISBN 1439885257.

LAMBERT, D. M. **Supply chain management: processes, partnerships, performance - 3rd ed**. Sarasota: Supply Chain Management Institute, 2008. ISBN 097599493X.

_____. Customer relationship management as a business process. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 25, n. 1, p. 4-17, 2009. ISSN 0885-8624.

_____. **Supply chain management: processes, partnerships, performance - 4th ed**. Ponte Vedra Beach: Supply Chain Management Institute, 2014. ISBN 0975994999.

LAMBERT, D. M.; ADAMS, R. J.; EMMELHAINZ, M. A. Supplier selection criteria in the healthcare industry: A comparison of importance and performance. **Journal of Supply Chain Management**, v. 33, n. 4, p. 16-22, 1997. ISSN 1745-493X.

LAMBERT, D. M.; COOPER, M. C. Issues in supply chain management. **Industrial Marketing Management**, v. 29, n. 1, p. 65-83, Jan 2000. ISSN 0019-8501.

LAMBERT, D. M.; COOPER, M. C.; PAGH, J. D. Supply chain management: Implementation issues and research opportunities. **The International Journal of Logistics Management**, v. 9, n. 2, p. 1-20, 1998. ISSN 0957-4093.

- LAMBERT, D. M.; EMMELHAINZ, M. A.; GARDNER, J. T. Developing and implementing supply chain partnerships. **The International Journal of Logistics Management**, v. 7, n. 2, p. 1-18, 1996a. ISSN 0957-4093.
- _____. So you think you want a partner? **Marketing Management**, v. 5, n. 2, p. 24, 1996b. ISSN 1061-3846.
- _____. Building successful logistics partnerships. **Journal of Business Logistics**, v. 20, n. 1, p. 165-181, 1999. ISSN 0735-3766.
- LAMBERT, D. M.; ENZ, M. G. Co-creating value: The next level in customer-supplier relationships. **CSCMP's Supply Chain Quarterly**, v. 9, n. 3, p. 22-28, 2015.
- _____. Issues in Supply Chain Management: Progress and potential. **Industrial Marketing Management**, v. 62, p. 1-16, 2017. ISSN 0019-8501.
- LAMBERT, D. M.; GARCÍA-DASTUGUE, S. J.; CROXTON, K. L. An evaluation of process-oriented supply chain management frameworks. **Journal of Business Logistics**, v. 26, n. 1, p. 25-51, 2005. ISSN 2158-1592.
- LAMBERT, D. M.; KNEMEYER, A. M. We're in this together. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 12, p. 114-124, 2004. ISSN 0017-8012.
- LAMBERT, D. M.; KNEMEYER, A. M.; GARDNER, J. T. Supply chain partnerships: Model validation and implementation. **Journal of Business Logistics**, v. 25, n. 2, p. 21-42, 2004. ISSN 2158-1592.
- LAMBERT, D. M.; POHLEN, T. L. Supply chain metrics. **The International Journal of Logistics Management**, v. 12, n. 1, p. 1-19, 2001.
- LAMBERT, D. M.; SCHWIETERMAN, M. A. Supplier relationship management as a macro business process. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 17, n. 3, p. 337-352, 2012. ISSN 1359-8546.
- LANG, A. et al. From Customer Relationship Management (CRM) to Supplier Relationship Management (SRM). **HEC Lausanne 2002 (submitted HICSS36)**, 2002. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.159.2603&rep=rep1&type=pdf>>.
- LEE, H. L. Aligning supply chain strategies with product uncertainties. **California Management Review**, v. 44, n. 3, p. 105-119, 2002. ISSN 0008-1256.
- _____. The triple-A supply chain. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 10, p. 102-113, 2004. ISSN 0017-8012.
- LEE, H. L.; BILLINGTON, C. The evolution of supply-chain-management models and practice at Hewlett-Packard. **Interfaces**, v. 25, n. 5, p. 42-63, 1995. ISSN 0092-2102.
- LEPPELT, T. et al. Sustainability management beyond organizational boundaries-sustainable supplier relationship management in the chemical industry. **Journal of Cleaner Production**, v. 56, p. 94-102, 2013.

LEWIS, M. **Better hospitals, better health systems: The urgency of a hospital agenda**. CGD Policy Paper 53. Washington DC: Center for Global Development 2015.

LI, C. S. et al. Orthopedic implant value drivers: A qualitative survey study of hospital purchasing administrators. **Journal of Long-Term Effects of Medical Implants**, v. 25, n. 3, p. 237-244, 2015.

LI, L. X.; BENTON, W. C.; LEONG, G. K. The impact of strategic operations management decisions on community hospital performance. **Journal of Operations Management**, v. 20, n. 4, p. 389-408, 2002. ISSN 0272-6963.

LIAO-TROTH, S.; THOMAS, S.; FAWCETT, S. E. Twenty years of IJLM: evolution in research. **The International Journal of Logistics Management**, v. 23, n. 1, p. 4-30, 2012. ISSN 0957-4093.

LIDEGAARD, N.; BOER, H.; MØLLER, M. M. Organising purchasing and (strategic) sourcing: towards a typological theory. **International Journal of Technology Intelligence and Planning**, v. 10, n. 3-4, p. 254-272, 2015. ISSN 1740-2832.

LIKER, J. K.; CHOI, T. Y. Building deep supplier relationships. **Harvard Business Review**, v. 82, n. 12, p. 104-+, Dec 2004. ISSN 0017-8012.

LILLIECREUTZ, J.; YDRESKOG, L. Supplier classification as an enabler for a differentiated purchasing strategy. **Best Practice Procurement: Public and Private Sector Perspective**, v. 8, p. 73-81, 2001.

LILLRANK, P.; GROOP, J.; VENESMAA, J. Processes, episodes and events in health service supply chains. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 16, n. 3, p. 194-201, 2011/05/03 2011. ISSN 1359-8546. Acesso em: 2018/01/27.

LIMA-JUNIOR, F. R.; CARPINETTI, L. C. R. Combining SCOR® model and fuzzy TOPSIS for supplier evaluation and management. **International Journal of Production Economics**, v. 174, p. 128-141, 2016. ISSN 0925-5273.

LIMBERAKIS, C. G. Spend analysis: Lessons from. **Supply Chain Management Review**, v. 16, n. 2, p. 10-19, 2012. ISSN 1521-9747.

LIN, N. **Social capital: A theory of social structure and action**. New York: Cambridge University Press, 2002. ISBN 052152167X.

LINTUKANGAS, K. Supplier relationship management capability in global supply management. **International Journal of Procurement Management**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 2011. ISSN 1753-8432.

LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, 2007. ISSN 0034-7167.

- MALHOTRA, M. K.; GROVER, V. An assessment of survey research in POM: from constructs to theory. **Journal of Operations Management**, v. 16, n. 4, p. 407-425, 1998/07/01/ 1998. ISSN 0272-6963.
- MALONI, M. et al. Publication Productivity in the Supply Chain Management Discipline: 2011-13. **Transportation Journal**, v. 54, n. 3, p. 291-311, Sum 2015. ISSN 0041-1612.
- MANGAN, J.; CHRISTOPHER, M. Management development and the supply chain manager of the future. **The International Journal of Logistics Management**, v. 16, n. 2, p. 178-191, 2005. ISSN 0957-4093.
- MATERIAL HANDLING & LOGISTICS. Healthcare companies using supply chain to stay competitive. 2015. Disponível em: < <http://www.mhlnews.com/global-supply-chain/healthcare-companies-using-supply-chain-stay-competitive> >. Acesso em: 05 set. 2017.
- MATTHEWS, R. L.; MARZEC, P. E. Social capital, a theory for operations management: a systematic review of the evidence. **International Journal of Production Research**, v. 50, n. 24, p. 7081-7099, 2012. ISSN 0020-7543.
- MCKONE-SWEET, K. E.; HAMILTON, P.; WILLIS, S. B. The ailing healthcare supply chain: A prescription for change. **Journal of Supply Chain Management**, v. 41, n. 1, p. 4-17, 2005. ISSN 1745-493X.
- MEIJBOOM, B.; SCHMIDT-BAKX, S.; WESTERT, G. Supply chain management practices for improving patient-oriented care. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 16, n. 3, p. 166-175, 2011. ISSN 1359-8546.
- MENTZER, J. T. et al. Defining supply chain management. **Journal of Business Logistics**, v. 22, n. 2, p. 1-25, 2001. ISSN 2158-1592.
- MENTZER, J. T.; STANK, T. P.; ESPER, T. L. Supply chain management and its relationship to logistics, marketing, production, and operations management. **Journal of Business Logistics**, v. 29, n. 1, p. 31-46, 2008. ISSN 2158-1592.
- MERY, G. et al. What do we mean when we talk about the triple aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. **Health Policy**, v. 121, n. 6, p. 629-636, 2017. ISSN 0168-8510.
- METTLER, T. Transformation of the hospital supply chain: How to measure the maturity of supplier relationship management systems in hospitals? **International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2011.
- METTLER, T.; ROHNER, P. Supplier relationship management: A case study in the context of health care. **Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research**, v. 4, n. 3, p. 58-71, 2009.
- MIEMCZYK, J.; JOHNSEN, T. E.; MACQUET, M. Sustainable purchasing and supply management: a structured literature review of definitions and measures at the dyad, chain and network levels. **Supply Chain Management - An International Journal**, v. 17, n. 5, p. 478-496, 2012. ISSN 1359-8546.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na engenharia de produção: Estruturação e recomendações para sua condução. **Production**, v. 17, n. 1, p. 216-229, 2007. ISSN 0103-6513.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE). 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus/entidades-de-saude-de-reconhecida-excelencia-esre> >. Acesso em: 30 mai 2018.

MIOCEVIC, D.; CRNJAK-KARANOVIC, B. The mediating role of key supplier relationship management practices on supply chain orientation - The organizational buying effectiveness link. **Industrial Marketing Management**, v. 41, n. 1, p. 115-124, 2012.

MOELLER, S.; FASSNACHT, M.; KLOSE, S. A framework for supplier relationship management (SRM). **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 13, n. 4, p. 69-94, 2006. ISSN 1051-712X.

MOGRE, R.; LINDGREEN, A.; HINGLEY, M. Tracing the evolution of purchasing research: future trends and directions for purchasing practices. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 32, n. 2, p. 251-257, 2017. ISSN 0885-8624.

MOHAMMADI, M.; MUKHTAR, M. Synthesising supply chain processes based on GSCF framework. **Pertanika Journal of Social Science and Humanities**, v. 25, p. 175-190, Jan 2017. ISSN 0128-7702.

MONCZKA, R. M. et al. **Purchasing and supply chain management - Fourth edition**. South-Western Cengage Learning, 2009. ISBN 978-0-324-38134-4.

_____. **Purchasing and supply chain management - Sixth edition**. Boston: Cengage Learning, 2015. ISBN 1305809785.

MONTGOMERY, K.; SCHNELLER, E. S. Hospitals' strategies for orchestrating selection of physician preference items. **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 2, p. 307-335, Jun 2007. ISSN 0887-378X.

MORTENSEN, M.; ARLBJØRN, J. Inter-organisational supplier development: the case of customer attractiveness and strategic fit. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 17, n. 2, p. 152-171, 2012. ISSN 1359-8546.

MUSTAFFA, N. H.; POTTER, A. Healthcare supply chain management in Malaysia: A case study. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 14, n. 3, p. 234-243, 2009.

NACHTMANN, H.; POHL, E. A. The state of healthcare logistics: cost and quality improvement opportunities. **Center for Innovation in Healthcare Logistics, University of Arkansas**, 2009.

NAHAPIET, J.; GHOSHAL, S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. **Academy of Management Review**, v. 23, n. 2, p. 242-266, 1998. ISSN 0363-7425.

- NAKANO, D. N. Métodos de pesquisa adotados na engenharia de produção e gestão de operações. In: MIGUEL, P. A. C. (Ed.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 4, p.65-74.
- NAKANO, M.; AKIKAWA, T.; SHIMAZU, M. Process integration mechanisms in internal supply chains: case studies from a dynamic resource-based view. **International Journal of Logistics Research and Applications**, v. 16, n. 4, p. 328-347, 2013. ISSN 1367-5567.
- NARANJO-GIL, D.; RUIZ-MUÑOZ, D. The use of benchmarking to manage the healthcare supply chain: Effects on purchasing cost and quality. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 2, p. 118-122, 2015.
- NARASIMHAN, R.; DAS, A. An empirical investigation of the contribution of strategic sourcing to manufacturing flexibilities and performance. **Decision Sciences**, v. 30, n. 3, p. 683-718, Sum 1999. ISSN 0011-7315.
- NASLUND, D.; WILLIAMSON, S. What is management in supply chain management? - A critical review of definitions, frameworks and terminology. **Journal of Management Policy and Practice**, v. 11, n. 4, p. 11-28, 2010. ISSN 1913-8067.
- NATH, T.; STANDING, C. Drivers of information technology use in the supply chain. **Journal of Systems and Information Technology**, v. 12, n. 1, p. 70-84, 2010. ISSN 1328-7265.
- NAZARI-SHIRKOUHI, S.; KERAMATI, A.; REZAIE, K. Investigating the effects of customer relationship management and supplier relationship management on new product development. **Tehnicki Vjesnik - Technical Gazette**, v. 22, n. 1, p. 191-201, 2015. ISSN 1330-3651.
- NELLORE, R.; SODERQUIST, K. Portfolio approaches to procurement - Analysing the missing link to specifications. **Long Range Planning**, v. 33, n. 2, p. 245-267, Apr 2000. ISSN 0024-6301.
- NOLLET, J.; PONCE, S.; CAMPBELL, M. About "strategy" and "strategies" in supply management. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 11, n. 2-3, p. 129-140, 2005. ISSN 14784092 (ISSN).
- NTABE, E. N. et al. A systematic literature review of the supply chain operations reference (SCOR) model application with special attention to environmental issues. **International Journal of Production Economics**, v. 169, p. 310-332, Nov 2015. ISSN 0925-5273.
- NYDICK, R. L.; HILL, R. P. Using the analytic hierarchy process to structure the supplier selection procedure. **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 28, n. 2, p. 31, 1992. ISSN 1055-6001.
- O'CONNOR, B.; POLLNER, F.; FUGH-BERMAN, A. Salespeople in the surgical suite: Relationships between surgeons and medical device representatives. **PLoS ONE**, v. 11, n. 8, 2016.
- O'CONNOR, S. J.; SCHNELLER, E. S. Interview with Eugene S. Schneller, PhD, Professor and Dean's Council of 100 Distinguished Scholars, W. P. Carey School of Business, Arizona

- State University. **Journal of Healthcare Management**, v. 56, n. 1, p. 3-8, Jan-Feb 2011. ISSN 1096-9012.
- OBUCINA, M. et al. The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. **Health Policy**, 2018.
- OGHAZI, P. et al. Unity is strength: A study of supplier relationship management integration. **Journal of Business Research**, v. 69, n. 11, p. 4804-4810, 2016. ISSN 0148-2963.
- OLIVEIRA, M. D.; PINTO, C. G. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. **Health Economics**, v. 14, n. S1, 2005. ISSN 1099-1050.
- OLSEN, R. F.; ELLRAM, L. M. A portfolio approach to supplier relationships. **Industrial Marketing Management**, v. 26, n. 2, p. 101-113, Mar 1997. ISSN 0019-8501.
- OSIRO, L.; LIMA-JUNIOR, F. R.; CARPINETTI, L. C. R. A fuzzy logic approach to supplier evaluation for development. **International Journal of Production Economics**, v. 153, p. 95-112, 2014. ISSN 0925-5273.
- PALA, M. et al. Contractor practices for managing extended supply chain tiers. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 19, n. 1, p. 31-45, 2014. ISSN 1359-8546.
- PANDIT, K.; MARMANIS, H. **Spend analysis: The window into strategic sourcing**. J. Ross Publishing, 2008. ISBN 1932159932.
- PARK, J.; SHIN, K.; CHANG, T. W. An integrative framework for supplier relationship management. **Industrial Management and Data Systems**, v. 110, n. 4, p. 495-515, 2010.
- PARK, S. H.; LUO, Y. Guanxi and organizational dynamics: Organizational networking in Chinese firms. **Strategic Management Journal**, v. 22, n. 5, p. 455-477, 2001. ISSN 0143-2095.
- PARKER, G. G.; ANDERSON, E. G. From buyer to integrator: The transformation of the supply-chain manager in the vertically disintegrating firm. **Production and Operations Management**, v. 11, n. 1, p. 75-91, Spr 2002. ISSN 1059-1478.
- PEDROSO, M. C. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde**. 2010. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004. ISSN 1679-4974.
- PENNINGTON, C.; DERIENZO, N. R. An effective process for making decisions about major operating room purchases. **AORN Journal**, v. 91, n. 3, p. 341-349, 2010.
- PETERSEN, K. J.; AUTRY, C. W. Supply Chain Management at the Crossroads: Divergent Views, Potential Impacts, and Suggested Paths Forward. **Journal of Business Logistics**, v. 35, n. 1, p. 36-43, Mar 2014. ISSN 0735-3766.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007. ISBN 978-85-7780-002-5.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; DA SILVA MOREIRA, R. An analysis of use of the health services by financing system: Brazil 1998-2008. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011.

POULIN, E. Benchmarking the hospital logistics process: A potential cure for the ailing health care sector. **CMA Magazine**, v. 77, n. 1, p. 20-23, 2003. ISSN 1207-5183.

PRAJOGO, D. et al. The relationship between supplier management and firm's operational performance: A multi-dimensional perspective. **International Journal of Production Economics**, v. 136, n. 1, p. 123-130, 2012. ISSN 0925-5273.

PRAKASH, G. QoS in the internal supply chain: the next lever of competitive advantage and organisational performance. **Production Planning & Control**, v. 25, n. 7, p. 572-591, 2014. ISSN 0953-7287.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 8.666 de 21 de junho de 1993. 2018. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm >. Acesso em: 01 fev. 2018.

PWC, P. Supplier Relationship Management: How key suppliers drive your company's competitive advantage. 2013. Disponível em: < <http://www.pwc.no/no/publikasjoner/pwc-supplier-relationship-management.pdf> >. Acesso em: 08/02/2016.

RAMSAY, J.; CROOM, S. The impact of evolutionary and developmental metaphors on Purchasing and Supply Management: A critique. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 14, n. 3, p. 192-204, 2008. ISSN 1478-4092.

RICHARDSON, B. et al. What role should nurses play in medical-equipment purchasing decisions? **RN**, v. 72, n. 1, p. 14-15, 2009.

ROBINSON, J. C. Value-based purchasing for medical devices. **Health Affairs**, v. 27, n. 6, p. 1523-1531, 2008.

ROBINSON, J. C.; BROWN, T. T. Quantifying opportunities for hospital cost control: Medical device purchasing and patient discharge planning. **American Journal of Managed Care**, v. 20, n. 9, p. E418-E424, Sep 2014. ISSN 1088-0224.

RODEN, S.; LAWSON, B. Developing social capital in buyer-supplier relationships: The contingent effect of relationship-specific adaptations. **International Journal of Production Economics**, v. 151, p. 89-99, 2014. ISSN 0925-5273.

ROGERS, D. S. et al. The returns management process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 13, n. 2, p. 1-18, 2002. ISSN 0957-4093.

ROGERS, D. S.; LAMBERT, D. M.; KNEMEYER, A. M. The product development and commercialization process. **The International Journal of Logistics Management**, v. 15, n. 1, p. 43-56, 2004. ISSN 0957-4093.

ROTARU, K.; WILKIN, C.; CEGLOWSKI, A. Analysis of SCOR's approach to supply chain risk management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 34, n. 10, p. 1246-1268, 2014. ISSN 0144-3577.

ROTHKOPF, A.; PIBERNIK, R. Maverick buying: Eliminate, participate, leverage? **International Journal of Production Economics**, v. 179, p. 77-89, 2016. ISSN 0925-5273.

SANDERS, N. R. **Supply chain management: A global perspective**. Wiley Global Education, 2011. ISBN 1118361687.

SAWABINI, S. Edi and the internet: Can two generations of e-commerce coexist? **Journal of Business Strategy**, v. 22, n. 1, p. 41-43, 2001.

SCHIAVON, L. C. M. **Proposição de um framework para identificação de práticas de sustentabilidade social em cadeias de suprimento: Uma aplicação no setor sucroenergético**. 2014. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014.

SCHIELE, H. Supply-management maturity, cost savings and purchasing absorptive capacity: Testing the procurement–performance link. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 13, n. 4, p. 274-293, 2007/12/01/ 2007. ISSN 1478-4092.

SCHOENHERR, T. et al. Research opportunities in purchasing and supply management. **International Journal of Production Research**, v. 50, n. 16, p. 4556-4579, 2012. ISSN 0020-7543.

SCHUH, C. et al. **The purchasing chessboard: 64 methods to reduce costs and increase value with suppliers**. 3rd Ed. New York: Springer, 2017. ISBN 9781461422211.

_____. **Supplier relationship management: how to maximize vendor value and opportunity**. Berkeley: Apress, 2014.

SEIDLER, J. On using informants: A technique for collecting quantitative data and controlling measurement error in organization analysis. **American Sociological Review**, p. 816-831, 1974.

SEHGAL, R. T.; GORMAN, P. Internal medicine physicians' knowledge of health care charges. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 3, n. 2, p. 182-187, 2011. ISSN 1949-8349.

SEURING, S.; MÜLLER, M. From a literature review to a conceptual framework for sustainable supply chain management. **Journal of Cleaner Production**, v. 16, n. 15, p. 1699-1710, 10// 2008. ISSN 0959-6526.

SILVEIRA, R. E. et al. Expenses related to hospital admissions for the elderly in Brazil: perspectives of a decade. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 514-520, Oct-Dec 2013. ISSN 1679-4508.

SIMATUPANG, T. M.; SRIDHARAN, R. The collaborative supply chain. **The International Journal of Logistics Management**, v. 13, n. 1, p. 15-30, 2002. ISSN 0957-4093.

SOLA, G. L.; BONACIM, C. A. G. O processo orçamentário e a tomada de decisão de gestores em um hospital público. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 9, n. 25, p. 31-42, 2015. ISSN 1982-6486.

SONI, G.; KODALI, R. Evaluating reliability and validity of lean, agile and leagile supply chain constructs in Indian manufacturing industry. **Production Planning & Control**, v. 23, n. 10-11, p. 864-884, 2012. ISSN 0953-7287.

_____. A critical review of supply chain management frameworks: proposed framework. **Benchmarking: An International Journal**, v. 20, n. 2, p. 263-298, 2013. ISSN 1463-5771.

SORENSEN, C.; DRUMMOND, M.; KHAN, B. B. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. **ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR**, v. 5, p. 223, 2013.

SPEAR, S.; BOWEN, H. K. Decoding the DNA of the Toyota production system. **Harvard Business Review**, v. 77, p. 96-108, 1999. ISSN 0017-8012.

SPEKMAN, R. E. Strategic supplier selection: Understanding long-term buyer relationships. **Business Horizons**, v. 31, n. 4, p. 75-81, 1988. ISSN 00076813 (ISSN).

SPENCER, C.; REILLY, B. Supplier Relationship Management: Why does it matter? **Gartner Group**, v. May 2001, 2001.

SPINA, G. et al. Past, present and future trends of purchasing and supply management: An extensive literature review. **Industrial Marketing Management**, v. 42, n. 8, p. 1202-1212, 2013. ISSN 0019-8501.

STOCK, J. R.; BOYER, S. L. Developing a consensus definition of supply chain management: a qualitative study. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 39, n. 8, p. 690-711, 2009. ISSN 0960-0035.

STOCK, J. R.; BOYER, S. L.; HARMON, T. Research opportunities in supply chain management. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 38, n. 1, p. 32-41, 2010. ISSN 0092-0703.

STOREY, J. et al. Supply chain management: theory, practice and future challenges. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 26, n. 7, p. 754-774, 2006. ISSN 0144-3577.

SUPPLY CHAIN COUNCIL. **SCOR: Supply Chain Operations Reference Model - Revision 11.0**. USA: Supply Chain Council, 2012. ISBN 0-615-20259-4 (binder).

SVAHN, S.; WESTERLUND, M. Purchasing strategies in supply relationships. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 24, n. 3/4, p. 173-181, 2009. ISSN 0885-8624.

- SWEENEY, E.; GRANT, D. B.; MANGAN, D. J. The implementation of supply chain management theory in practice: an empirical investigation. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 20, n. 1, p. 56-70, 2015. ISSN 1359-8546.
- TAN, K. C. A framework of supply chain management literature. **European Journal of Purchasing & Supply Management**, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2001. ISSN 0969-7012.
- TANGPONG, C.; MICHALISIN, M. D.; MELCHER, A. J. Toward a typology of buyer-supplier relationships: A study of the computer industry. **Decision Sciences**, v. 39, n. 3, p. 571-593, Aug 2008. ISSN 0011-7315.
- TANGPONG, C. et al. A review of buyer-supplier relationship typologies: Progress, problems, and future directions. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 30, n. 2, p. 153-170, 2015. ISSN 0885-8624.
- TATHAM, P. et al. Supply chain management skills to sense and seize opportunities. **The International Journal of Logistics Management**, v. 28, n. 2, p. 266-289, 2017. ISSN 0957-4093.
- TCHOKOGUÉ, A.; NOLLET, J.; ROBINEAU, J. Supply's strategic contribution: An empirical reality. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 23, n. 2, p. 105-122, 2017. ISSN 1478-4092.
- TELLER, C. et al. The importance of key supplier relationship management in supply chains. **International Journal of Retail and Distribution Management**, v. 44, n. 2, p. 109-123, 2016.
- TERPEND, R.; KRAUSE, D. R.; DOOLEY, K. J. Managing buyer-supplier relationships: Empirical patterns of strategy formulation in industrial purchasing. **Journal of Supply Chain Management**, v. 47, n. 1, p. 73-94, 2011. ISSN 1745-493X.
- TERPEND, R. et al. Buyer-supplier relationships: Derived value over two decades. **Journal of Supply Chain Management**, v. 44, n. 2, p. 28-55, 2008. ISSN 1745-493X.
- THAKUR, V.; ANBANANDAM, R. Shift from product supply chain management to services supply chain management: a review. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 23, n. 3, p. 316-346, 2016. ISSN 1744-2370.
- THE OHIO STATE UNIVERSITY. Global Supply Chain Forum - GSCF Members. 2018a. Disponível em: < <https://fisher.osu.edu/centers-partnerships/gscf/about-forum/gscf-members> >. Acesso em: 11 jan. 2018.
- _____. Global Supply Chain Forum - What is SCM? , 2018b. Disponível em: < <https://fisher.osu.edu/centers-partnerships/gscf/what-scm> >. Acesso em: 11 jan. 2018.
- THE WORLD BANK. GDP ranking. 2017a. Disponível em: < <http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table> >. Acesso em: 12 mai. 2017.
- _____. Health expenditure, total (percentage of GDP). 2017b. Disponível em: < <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> >. Acesso em: 12 mai. 2017.

_____. Services, etc., value added (% of GDP). 2017c. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NV.SRV.TETC.ZS>>. Acesso em: 07 set. 2017.

TIDY, M.; WANG, X.; HALL, M. The role of Supplier Relationship Management in reducing Greenhouse Gas emissions from food supply chains: supplier engagement in the UK supermarket sector. **Journal of Cleaner Production**, v. 112, p. 3294-3305, 2016. ISSN 0959-6526.

TONG, P. et al. A typology of interfirm relationships: The role of information technology and reciprocity. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 23, n. 3, p. 178-192, 2008. ISSN 0885-8624.

TRANFIELD, D.; DENYER, D.; SMART, P. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. **British Journal of Management**, v. 14, n. 3, p. 207-222, 2003. ISSN 1467-8551.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Auditoria Eletrônica de Órgãos Públicos - AUDESP. 2018. Disponível em: <<http://www4.tce.sp.gov.br/audesp/home>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

TSENG, M.-L. et al. A framework for evaluating the performance of sustainable service supply chain management under uncertainty. **International Journal of Production Economics**, v. 195, p. 359-372, 2018. ISSN 0925-5273.

TSENG, S. M. The impact of knowledge management capabilities and supplier relationship management on corporate performance. **International Journal of Production Economics**, v. 154, p. 39-47, 2014.

TURNBULL, P. W. A review of portfolio planning models for industrial marketing and purchasing management. **European Journal of Marketing**, v. 24, n. 3, p. 7-22, 1990. ISSN 0309-0566.

VALOR ECONÔMICO. Valor 1000 - Ranking 2017 - Serviços Médicos. 2017. Disponível em: <http://www.valor.com.br/valor1000/2017/ranking1000maiores/Servi%C3%A7os_M%C3%A9dicos>. Acesso em: 28 ago. 2017.

VAN WEELE, A. J. **Purchasing and Supply Chain Management: Analysis, Strategy, Planning and Practice (6th Revised Edition)**. London: Cengage Learning EMEA, 2014. 416 ISBN 9781408088463.

VAN WEELE, A. J.; VAN RAAIJ, E. M. The future of purchasing and supply management research: About relevance and rigor. **Journal of Supply Chain Management**, v. 50, n. 1, p. 56-72, 2014.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Trends in hospital care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007. ISSN 1413-8123.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VITASEK, K.; MANRODT, K. Vested outsourcing: a flexible framework for collaborative outsourcing. **Strategic Outsourcing: An International Journal**, v. 5, n. 1, p. 4-14, 2012. ISSN 1753-8297.

VLACHOPOULOU, M.; MANTHOU, V. Supply chain and relationship management systems supporting the responsive enterprise: An empirical research. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 1, n. 4, p. 358-371, 2005.

VOLLAND, J. et al. Material logistics in hospitals: A literature review. **Omega - International Journal of Management Science**, v. 69, p. 82-101, Jun 2017. ISSN 0305-0483.

WAGNER, S. M. Indirect and direct supplier development: performance implications of individual and combined effects. **IEEE Transactions on Engineering Management**, v. 57, n. 4, p. 536-546, 2010. ISSN 0018-9391.

_____. Supplier development and the relationship life-cycle. **International Journal of Production Economics**, v. 129, n. 2, p. 277-283, Feb 2011. ISSN 0925-5273.

WAGNER, S. M.; JOHNSON, J. L. Configuring and managing strategic supplier portfolios. **Industrial Marketing Management**, v. 33, n. 8, p. 717-730, 2004. ISSN 0019-8501.

WALLACE, W. L.; XIA, Y. L. **Delivering customer value through Procurement and Strategic Sourcing: A professional guide to creating a sustainable supply network**. Pearson Education, 2014. ISBN 0133890104.

WATCHARASRIROJ, B.; TANG, J. C. S. The effects of size and information technology on hospital efficiency. **The Journal of High Technology Management Research**, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2004. ISSN 1047-8310.

WATTS, C. A.; KIM, K. Y.; HAHN, C. K. Linking purchasing to corporate competitive strategy. **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 31, n. 2, p. 3, 1995. ISSN 1055-6001.

WERNZ, C.; ZHANG, H.; PHUSAVAT, K. International study of technology investment decisions at hospitals. **Industrial Management & Data Systems**, v. 114, n. 4, p. 568-582, 2014. ISSN 0263-5577.

WHITTINGTON, J. W. et al. Pursuing the triple aim: The first 7 years. **The Milbank Quarterly**, v. 93, n. 2, p. 263-300, 2015. ISSN 1468-0009.

WICHMANN, B. K.; KAUFMANN, L. Social network analysis in supply chain management research. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 46, n. 8, p. 740-762, 2016. ISSN 0960-0035.

WILSON, K.; BARBAT, V. The supply chain manager as political-entrepreneur? **Industrial Marketing Management**, v. 49, p. 67-79, 2015. ISSN 0019-8501.

WILSON, N. A. et al. Hip and knee implants: Current trends and policy considerations. **Health Affairs**, v. 27, n. 6, p. 1587-1598, 2008. ISSN 0278-2715.

YIN, R. K. Estudo de caso: Planejamento e métodos - 5a. Edição. Porto Alegre: Bookman Editora Ltda. 2015.

YOON, S. N.; LEE, D.; SCHNIEDERJANS, M. Effects of innovation leadership and supply chain innovation on supply chain efficiency: Focusing on hospital size. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 113, p. 412-421, 2016. ISSN 0040-1625.

YUSOF, S. R. M.; ASPINWALL, E. Total quality management implementation frameworks: Comparison and review. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 11, n. 3, p. 281, 2000. ISSN 1478-3363.

ZACHARIA, Z. G.; SANDERS, N. R.; FUGATE, B. S. Evolving functional perspectives within supply chain management. **Journal of Supply Chain Management**, v. 50, n. 1, p. 73-88, 2014. ISSN 1745-493X.

ZAILANI, S. et al. Effects of service supply chain practices on the profitability of tourism firms. **Anatolia**, v. 26, n. 4, p. 612-623, 2015.

ZHANG, X. et al. Supplier categorization with K-Means type subspace clustering. In: ZHOU, X.; LI, J., *et al* (Ed.). **Lecture Notes in Computer Science**: Springer Berlin Heidelberg, v.3841, 2006. p.226-237. ISBN 978-3-540-32437-9.

ZINN, J. S.; MOR, V. Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans. **Health Services Research**, v. 33, n. 2, p. 354-380, 1998.

ZSIDISIN, G. A.; ANCARANI, A. Positioning the journal of purchasing and supply management in supply chain research: Perspectives from the outgoing editors. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 22, n. 1, p. 1-6, Mar 2016. ISSN 1478-4092.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1-2, p. 127-150, 2000. ISSN 1984-0470.

Apêndice A

Lista de referências utilizadas na revisão sistemática de literatura sobre gestão de relacionamento com fornecedores

ABDULLAH, R.; LALL, M. K.; TATSUO, K. Supplier development framework in the Malaysian automotive industry: PROTON's experience. **International Journal of Economics and Management**, v. 2, n. 1, p. 29-58, 2008.

AGNDAL, H.; NILSSON, U. Activity-based costing: Effects of long-term buyer-supplier relationships. **Qualitative Research in Accounting & Management**, v. 4, n. 3, p. 222-245, 2007.

AL-TAHAT, M. D.; BATAINEH, K. M. Statistical analyses and modeling of the implementation of agile manufacturing tactics in industrial firms. **Mathematical Problems in Engineering**, v. 2012, 2012.

ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, J. G.; LAVÍN-VERÁSTEGUI, J.; PEDRAZA-MELO, N. A. Determinando los factores del capital relacional en la interacción de cliente proveedor en MiPyMES. **Entramado**, v. 12, n. 1, 2016.

ANDERSSON, S.; SERVAIS, P. Combining industrial buyer and seller strategies for international supply and marketing management. **European Business Review**, v. 22, n. 1, p. 64-81, 2010.

ARIYA, P.; CHAKPITAK, N. Systems thinking in online travel agency of supplier relationship management. **International Journal of Innovation and Learning**, v. 19, n. 1, p. 63-84, 2016.

AVERY, S. L.; SWAFFORD, P.; PRATER, E. L. Impact of supplier relationship management practices on buying firm performance: Comparison of the United States and China. **Operations Management Research**, v. 7, n. 1-2, p. 36-48, 2014.

BAG, S. Green strategy, supplier relationship building and supply chain performance: Total interpretive structural modelling approach. **International Journal of Procurement Management**, v. 9, n. 4, p. 398-426, 2016.

BATSON, R. G. A survey of best practices in automotive supplier development. **International Journal of Automotive Technology and Management**, v. 8, n. 2, p. 129-144, 2008.

BEMELMANS, J. et al. Assessing buyer-supplier relationship management: Multiple case-study in the Dutch construction industry. **Journal of Construction Engineering and Management**, v. 138, n. 1, p. 163-176, 2012.

BREault, G.; RASHED, S. Beyond supplier relationship management co-creating value through strategic alignment. **Chimica Oggi/Chemistry Today**, v. 31, n. 6, p. 11-14, 2013.

CAI, J.; SMART, A. U.; LIU, X. Innovation exploitation, exploration and supplier relationship management. **International Journal of Technology Management**, v. 66, n. 2-3, p. 134-155, 2014.

CALDWELL, N. et al. Promoting competitive markets: The role of public procurement. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 11, n. 5-6, p. 242-251, 2005.

CANTISTA, I.; TYLECOTE, A. Industrial innovation, corporate governance and supplier-customer relationships. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 19, n. 5, p. 576-590, 2008.

CHA, K. J.; KIM, Y. S. Critical success factors for mutual collaboration with suppliers in IT outsourcing industry: a case study of a top IT outsourcing company in Korea. **Enterprise Information Systems**, v. 12, n. 1, p. 76-95, 2018.

CHENG, Z.; TSAY, A. A.; YANG, X. A stochastic decision model for strategic supplier relationship portfolio management. **International Journal of Advanced Operations Management**, v. 7, n. 1, p. 1-21, 2015.

CHO, D. W. et al. A framework for measuring the performance of service supply chain management. **Computers and Industrial Engineering**, v. 62, n. 3, p. 801-818, 2012.

CHOY, K. L. et al. Development of performance measurement system in managing supplier relationship for maintenance logistics providers. **Benchmarking**, v. 14, n. 3, p. 352-368, 2007.

CHOY, K. L.; FAN, K. K. H.; LO, V. Development of an intelligent customer-supplier relationship management system: The application of case-based reasoning. **Industrial Management and Data Systems**, v. 103, n. 3-4, p. 263-274, 2003.

CHOY, K. L. et al. Design of an intelligent supplier relationship management system for new product development. **International Journal of Computer Integrated Manufacturing**, v. 17, n. 8, p. 692-715, 2004a.

_____. An enterprise collaborative management system: A case study of supplier selection in new product development. **International Journal of Technology Management**, v. 28, n. 2, p. 206-226, 2004b.

CHOY, K. L.; LEE, W. B.; LO, V. Development of a case based intelligent customer-supplier relationship management system. **Expert Systems with Applications**, v. 23, n. 3, p. 281-297, 2002.

_____. An intelligent supplier relationship management system for selecting and benchmarking suppliers. **International Journal of Technology Management**, v. 26, n. 7, p. 717-742, 2003a.

_____. Design of a case based intelligent supplier relationship management system - The integration of supplier rating system and product coding system. **Expert Systems with Applications**, v. 25, n. 1, p. 87-100, 2003b.

_____. Design of an intelligent supplier relationship management system: a hybrid case based neural network approach. **Expert Systems with Applications**, v. 24, n. 2, p. 225-237, 2003c.

_____. An enterprise collaborative management system – a case study of supplier relationship management. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 17, n. 3, p. 191-207, 2004a.

_____. Development of a case based intelligent supplier relationship management system - Linking supplier rating system and product coding system. **Supply Chain Management**, v. 9, n. 1, p. 86-101, 2004b.

COX, A. Business relationship alignment: On the commensurability of value capture and mutuality in buyer and supplier exchange. **Supply Chain Management**, v. 9, n. 5, p. 410-420, 2004.

CUI, Z. et al. Using analytic network process and turbo particle swarm optimization algorithm for non-balanced supply chain planning considering supplier relationship management. **Transactions of the Institute of Measurement and Control**, v. 34, n. 6, p. 720-735, 2012.

CÂRSTEA, G.; PĂUN, O. Management of procurement and material resources - A guarantee for quality III. supplier relationship management. **Quality - Access to Success**, v. 15, n. 139, p. 83-86, 2014.

DE CARVALHO, R. A.; COSTA, H. G. Application of an integrated decision support process for supplier selection. **Enterprise Information Systems**, v. 1, n. 2, p. 197-216, 2007.

DELALIBERA, P. H. A.; LIMA, R. S.; TURRIONI, J. B. Survey for an analysis of the cooperative purchasing model adopted by clusters of the state of Minas Gerais. **Produção**, v. 25, n. 2, p. 391-402, 2015.

DEY, P. K.; CHEFFI, W. Green supply chain performance measurement using the analytic hierarchy process: A comparative analysis of manufacturing organisations. **Production Planning and Control**, v. 24, n. 8-9, p. 702-720, 2013.

DUBEY, R.; ALI, S. S. Exploring antecedents of extended supply chain performance measures: An insight from Indian green manufacturing practices. **Benchmarking**, v. 22, n. 5, p. 752-772, 2015.

DUBEY, R.; BAG, S.; ALI, S. S. Green supply chain practices and its impact on organisational performance: An insight from Indian rubber industry. **International Journal of Logistics Systems and Management**, v. 19, n. 1, p. 20-42, 2014.

DUBEY, R.; GUNASEKARAN, A. Agile manufacturing: framework and its empirical validation. **International Journal of Advanced Manufacturing Technology**, v. 76, n. 9-12, p. 2147-2157, 2014.

DUBEY, R.; GUNASEKARAN, A.; ALI, S. S. Exploring the relationship between leadership, operational practices, institutional pressures and environmental performance: A framework for green supply chain. **International Journal of Production Economics**, v. 160, p. 120-132, 2015.

DÖRING, S. et al. Evaluation and optimization of the catalog search process of e-procurement platforms. **Electronic Commerce Research and Applications**, v. 5, n. 1, p. 44-56, 2006.

EKMAN, P. The enterprise system revisited: how well does it capture the company's business network? **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 30, n. 2, p. 208-217, 2015.

ELLEGAARD, C. Small company purchasing: A research agenda. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 12, n. 5, p. 272-283, 2006.

EMILIANI, M. L. Historical lessons in purchasing and supplier relationship management. **Journal of Management History**, v. 16, n. 1, p. 116-136, 2010.

FAN, C. et al. A characterization of lower-tier supplier visibility practices in supplier relationship management. **Supply Chain Forum**, v. 14, n. 1, p. 2-14, 2013.

FORKMANN, S. et al. Supplier relationship management capability: a qualification and extension. **Industrial Marketing Management**, v. 57, p. 185-200, 2016.

FRITZ, M.; MARTINO, G.; SURCI, G. Trust conditional on governance structure: Theory and evidence from case studies. **Journal on Chain and Network Science**, v. 8, n. 1, p. 33-46, 2008.

FRÖDELL, M. Criteria for achieving efficient contractor-supplier relations. **Engineering, Construction and Architectural Management**, v. 18, n. 4, p. 381-393, 2011.

FUNG, P. K. O.; CHEN, I. S. N.; YIP, L. S. C. Relationships and performance of trade intermediaries: An exploratory study. **European Journal of Marketing**, v. 41, n. 1-2, p. 159-180, 2007.

GANDHI, A. V.; SHAIKH, A.; SHEOREY, P. A. Impact of supply chain management practices on firm performance: Empirical evidence from a developing country. **International Journal of Retail & Distribution Management**, v. 45, n. 4, p. 366-384, 2017.

GIANNAKIS, M.; DORAN, D.; CHEN, S. The Chinese paradigm of global supplier relationships: Social control, formal interactions and the mediating role of culture. **Industrial Marketing Management**, v. 41, n. 5, p. 831-840, 2012.

GULLEDGE, T. B2B emarketplaces and small and medium sized enterprises. **Computers in Industry**, v. 49, n. 1, p. 47-58, Sep 2002. ISSN 0166-3615.

GYAU, A.; SPILLER, A.; WOCKEN, C. Price or relational behaviours? Supplier relationship management in the German dairy industry. **British Food Journal**, v. 113, n. 7, p. 838-852, 2011.

HA, S. H.; PARK, S. C. Matching Buyers and Suppliers: An Intelligent Dynamic-Exchange Model. **IEEE Intelligent Systems**, v. 16, n. 4, p. 28-40, 2001.

HEILMANN, P.; LINTUKANGAS, K.; PELTOLA, S. Competence areas and knowledge gaps in supply management. **International Journal of Procurement Management**, v. 4, n. 6, p. 642-660, 2011.

HEIMBÜRGER, M.; DIETRICH, P. Identifying the basis of collaboration performance in facility service business. **Facilities**, v. 30, n. 11, p. 504-516, 2012.

HELANDER, A.; MOLLER, K. How to become solution provider: System supplier's strategic tools. **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 15, n. 3, p. 247-289, 2008.

HILL JR, S. Matchmaking and more. **Manufacturing Systems**, v. 19, n. 12, p. 36-40, 2001.

HO, C.; NGUYEN, P. M.; SHU, M. H. Supplier evaluation and selection criteria in the construction industry of Taiwan and Vietnam. **International Journal of Information and Management Sciences**, v. 18, n. 4, p. 403-426, 2007.

HO, H. Knowledge sharing and creation in supplier-supplier collaboration. **Industrial Marketing Management**, 2013.

HO, L. T.; LIN, G.; NAGALINGAM, S. A risk mitigation framework for integrated-enterprise systems implementation for the manufacturing environment. **International Journal of Business Information Systems**, v. 4, n. 3, p. 290-310, 2009.

HO, L. T.; LIN, G. C. I. Critical success factor framework for the implementation of integrated-enterprise systems in the manufacturing environment. **International Journal of Production Research**, v. 42, n. 17, p. 3731-3742, Sep 2004. ISSN 0020-7543.

HOWARD, M.; SQUIRE, B. Modularization and the impact on supply relationships. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 27, n. 11, p. 1192-1212, 2007.

HUANG, Y. Y.; HANDFIELD, R. B. Measuring the benefits of erp on supply management maturity model: A "big data" method. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 35, n. 1, p. 2-25, 2015.

HUDNURKAR, M.; RATHOD, U.; JAKHAR, S. K. Multi-criteria decision framework for supplier classification in collaborative supply chains: Buyer's perspective. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 65, n. 5, p. 622-640, 2016.

HUGHES, J. From vendor to partner: Why and how leading companies collaborate with suppliers for competitive advantage. **Global Business and Organizational Excellence**, v. 27, n. 3, p. 21-37, 2008.

IBRAHIM, N.; MOERTINI, V. S.; VERLIYANTINA. Supplier relationship management model for SME's e-commerce transaction broker case study: Hotel rooms provider. **Journal of Theoretical and Applied Information Technology**, v. 71, n. 1, p. 61-70, 2015.

JEONG, J. G. et al. Framework of manufacturer and supplier relationship in the manufactured housing industry. **Journal of Management in Engineering**, v. 29, n. 4, p. 369-381, 2012.

JI, P.; MA, X.; LI, G. Developing green purchasing relationships for the manufacturing industry: An evolutionary game theory perspective. **International Journal of Production Economics**, v. 166, p. 155-162, 2015.

JIA, F. et al. Adaptation of supply management towards a hybrid culture: the case of a Japanese automaker. **Supply Chain Management**, v. 21, n. 1, p. 45-62, 2016.

JIANG, Z.; HENNEBERG, S. C.; NAUDÉ, P. Supplier relationship management in the construction industry: the effects of trust and dependence. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v. 27, n. 1, p. 3-15, 2011.

KAISER, J.; BUXMANN, P. Organizational design of IT supplier relationship management: A multiple case study of five client companies. **Journal of Information Technology**, v. 27, n. 1, p. 57-73, 2012.

KARAMI, M. et al. Supply chain management practices impact on the healthcare perceived organizational performance in Malaysia. **Research Journal of Applied Sciences, Engineering and Technology**, v. 7, n. 13, p. 2736-2740, 2014.

KHAN, M. Y. et al. Enterprise Resource Planning (ERP) in security and planning system. **Biosciences Biotechnology Research Asia**, v. 12, p. 391-393, 2015.

KIM, C.; TAKASHIMA, K. The impact of outcome-based control for retail buyers on organizational performance. **Australasian Marketing Journal**, v. 22, n. 2, p. 76-83, 2014

KIM, S. K.; YAMADA, T.; KIM, H. Search for alternatives and collaboration with incumbents: Two-sided sourcing behavior in business markets. **Decision Sciences**, v. 39, n. 1, p. 85-114, 2008.

KOPPENHAGEN, N. et al. Designing a supply network artifact for data, process, and people integration. **Information Systems and e-Business Management**, v. 14, n. 3, p. 613-636, 2016.

KUMAR, S.; BRAGG, R. Managing Supplier Relationships. **Quality Progress**, v. 36, n. 9, p. 24-30, 2003.

KÄHKÖNEN, A. K.; LINTUKANGAS, K.; HALLIKAS, J. Buyer's dependence in value creating supplier relationships. **Supply Chain Management**, v. 20, n. 2, p. 151-162, 2015.

LACOSTE, S. "Vertical coopetition": The key account perspective. **Industrial Marketing Management**, v. 41, n. 4, p. 649-658, 2012.

LAMBERT, D. M.; POHLEN, T. L. Supply chain metrics. **The International Journal of Logistics Management**, v. 12, n. 1, p. 1-19, 2001.

LAMBERT, D. M.; SCHWIETERMAN, M. A. Supplier relationship management as a macro business process. **Supply Chain Management**, v. 17, n. 3, p. 337-352, 2012.

LEE, D. et al. From corporate social responsibility to creating shared value with suppliers through mutual firm foundation in the Korean bakery industry: a case study of the SPC Group. **Asia Pacific Business Review**, v. 20, n. 3, p. 461-483, 2014.

LEE, Y. H.; WANG, K. J. Performance impact of new product development processes for distinct scenarios under different supplier-manufacturer relationships. **Mathematics and Computers in Simulation**, v. 82, n. 11, p. 2096-2108, 2012.

LEPPELT, T. et al. Sustainability management beyond organizational boundaries-sustainable supplier relationship management in the chemical industry. **Journal of Cleaner Production**, v. 56, p. 94-102, 2013.

LI, X. et al. Re-examining the structure of supplier stratification matrix: A focus on differential value and relationship. **International Journal of Procurement Management**, v. 7, n. 2, p. 219-237, 2014.

LINTUKANGAS, K. Supplier relationship management capability in global supply management. **International Journal of Procurement Management**, v. 4, n. 1, p. 1-19, 2011.

LINTUKANGAS, K.; HALLIKAS, J.; KÄHKÖNEN, A. K. The Role of Green Supply Management in the Development of Sustainable Supply Chain. **Corporate Social Responsibility and Environmental Management**, v. 22, n. 6, p. 321-333, 2015.

LINTUKANGAS, K.; KAHKONEN, A. K. The effects of srm capability on supply management performance. **International Journal of Business and Management Science**, v. 3, n. 2, p. 107-120, 2010.

LIU, Y.; LI, Y.; ZHANG, L. Control mechanisms across a buyer-supplier relationship quality matrix. **Journal of Business Research**, v. 63, n. 1, p. 3-12, 2010.

LO, S. M. Impact of greening attitude and buyer power on supplier environmental management strategy. **International Journal of Environmental Science and Technology**, v. 12, n. 10, p. 3145-3160, 2015.

LONGVA, J. The shrinking professional realm of the industrial buyer - A transaction cost view on organisational and infrastructural changes in a Norwegian high-tech industrial cluster. **International Journal of Procurement Management**, v. 9, n. 4, p. 444-454, 2016.

LUZZINI, D. et al. Organizing IT purchases: Evidence from a global study. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 20, n. 3, p. 143-155, 2014.

MEDAGLIA, A. L.; COHEN, M. D.; CASTRO-LACOUTURE, D. Optimizing B2B transactions using the marketplace competitive analyzer. **International Journal of Management Science and Engineering Management**, v. 1, n. 1, p. 37-46, 2006.

MERMINOD, N.; PACHÉ, G.; CALVI, R. The three paradoxes of supply chain management: Illustrations and managerial implications. **International Journal of Procurement Management**, v. 1, n. 1-2, p. 60-78, 2007.

METTLER, T. Transformation of the hospital supply chain: How to measure the maturity of supplier relationship management systems in hospitals? **International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2011.

METTLER, T.; ROHNER, P. E-Procurement in hospital pharmacies: An exploratory multi-case study from Switzerland. **Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research**, v. 4, n. 1, p. 23-38, 2009a.

_____. Supplier relationship management: A case study in the context of health care. **Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research**, v. 4, n. 3, p. 58-71, 2009b.

MIOCEVIC, D.; CRNJAK-KARANOVIC, B. The mediating role of key supplier relationship management practices on supply chain orientation - The organizational buying effectiveness link. **Industrial Marketing Management**, v. 41, n. 1, p. 115-124, 2012.

MOELLER, S.; FASSNACHT, M.; KLOSE, S. A framework for supplier relationship management (SRM). **Journal of Business-to-Business Marketing**, v. 13, n. 4, p. 69-94, 2006.

MOERTINI, V. S.; IBRAHIM, N.; LIONOV. Efficient techniques for predicting suppliers churn tendency in E-commerce based on website access data. **Journal of Theoretical and Applied Information Technology**, v. 74, n. 3, p. 300-309, 2015.

MOMIWAND, A.; SHAHIN, A. Lead time improvement by supplier relationship management with a case study in Pompaj company. **World Applied Sciences Journal**, v. 16, n. 5, p. 559-568, 2012.

MURAD, R. B.; LIMA, R. S.; NETO, M. S. Supplier relationship management in clusters: The electronics valley case. **Produção**, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2015.

NARASIMHAN, R.; MAHAPATRA, S.; ARLBJØRN, J. S. Impact of relational norms, supplier development and trust on supplier performance. **Operations Management Research**, v. 1, n. 1, p. 24-30, 2009.

NAZARI-SHIRKOUHI, S. et al. Information systems outsourcing decisions under fuzzy group decision making approach. **International Journal of Information Technology and Decision Making**, v. 10, n. 6, p. 989-1022, 2011.

NAZARI-SHIRKOUHI, S.; KERAMATI, A.; REZAIE, K. Investigating the effects of customer relationship management and supplier relationship management on new product development. **Tehnicki Vjesnik - Technical Gazette**, v. 22, n. 1, p. 191-200, 2015.

- OBUYI, R. et al. Improving retail supply flexibility using buyer-supplier relational capabilities. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 37, n. 3, p. 343-362, 2017.
- OGHAZI, P. et al. Unity is strength: A study of supplier relationship management integration. **Journal of Business Research**, v. 69, n. 11, p. 4804-4810, 2016.
- OUNNAR, F. et al. Customer-supplier relationship management in an intelligent supply chain network. **Production Planning and Control**, v. 18, n. 5, p. 377-387, 2007.
- PALA, M. et al. Contractor practices for managing extended supply chain tiers. **Supply Chain Management: An International Journal**, v. 19, n. 1, p. 31-45, 2014.
- PARK, J.; SHIN, K.; CHANG, T. W. An integrative framework for supplier relationship management. **Industrial Management and Data Systems**, v. 110, n. 4, p. 495-515, 2010.
- PELZER, T. Supplier integration ideas from the automobile industry transferred to the pharmaceutical industry. **Pharmazeutische Industrie**, v. 66, n. 11 A, p. 1443-1446, 2004.
- PIERCY, N. F. Strategic relationships between boundary-spanning functions: Aligning customer relationship management with supplier relationship management. **Industrial Marketing Management**, v. 38, n. 8, p. 857-864, 2009.
- REZAEI, J.; ORTT, R. Supplier segmentation using fuzzy logic. **Industrial Marketing Management**, v. 42, n. 4, p. 507-517, 2013.
- RODEN, S.; LAWSON, B. Developing social capital in buyer-supplier relationships: The contingent effect of relationship-specific adaptations. **International Journal of Production Economics**, v. 151, p. 89-99, 2014.
- ROSS, A. D. et al. Using buyer-supplier performance frontiers to manage relationship performance. **Decision Sciences**, v. 40, n. 1, p. 37-64, 2009.
- ROSSETTI, C. L.; CHOI, T. Y. Supply management under high goal incongruence: An empirical examination of disintermediation in the aerospace supply chain. **Decision Sciences**, v. 39, n. 3, p. 507-540, 2008.
- SALEH, M. A. et al. A critical appraisal of the relational management paradigm in an international setting: A future research agenda. **Management Decision**, v. 53, n. 2, p. 268-289, 2015.
- SARAVI, M. M.; MONSHI, S. V. The factors affecting the relationships between suppliers and distributors: a market-oriented approach. **Journal of Applied Sciences Research**, v. 8, n. 3, p. 1765-1774, 2012.
- SAWABINI, S. Edi and the internet: Can two generations of e-commerce coexist? **Journal of Business Strategy**, v. 22, n. 1, p. 41-43, 2001.
- SCHIELE, H. Accessing supplier innovation by being their preferred customer. **Research Technology Management**, v. 55, n. 1, p. 44-50, 2012.

SCHRÖDL, H.; TUROWSKI, K. Risk management in hybrid value creation. **Decision Support Systems**, v. 58, n. 1, p. 21-30, 2014.

SCHULZE, B.; SPILLER, A.; THEUVSEN, L. A broader view on vertical coordination: Lessons from German pork production. **Journal on Chain and Network Science**, v. 7, n. 1, p. 35-53, 2007.

SCHULZE, B.; WOCKEN, C.; SPILLER, A. Relationship quality in agri-food chains: Supplier management in the German pork and dairy sector. **Journal on Chain and Network Science**, v. 6, n. 1, p. 55-68, 2006.

SHARIF, A. M. et al. Exploring the role of supplier relationship management for sustainable operations: An OR perspective. **Journal of the Operational Research Society**, v. 65, n. 6, p. 963-978, 2014.

SHIVA PRASAD, H. C. et al. Does supplier evaluation impact process improvement? **Journal of Industrial Engineering and Management**, v. 9, n. 3, p. 708-731, 2016.

SHOU, Y. et al. Power source and its effect on customer-supplier relationships: An empirical study in Yangtze River Delta. **International Journal of Production Economics**, v. 146, n. 1, p. 118-128, 2013.

SJOERDSMA, M.; VAN WEELE, A. J. Managing supplier relationships in a new product development context. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 21, n. 3, p. 192-203, 2015.

SNIJDERS, C.; TAZELAAR, F. Five counterintuitive findings in IT-purchasing. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 11, n. 2-3, p. 83-96, 2005.

SOUSA, E.; GOVENDER, K. Tyre purchasing by civil engineering construction companies – A case study of a major company in Africa. **Mediterranean Journal of Social Sciences**, v. 5, n. 23, p. 1797-1804, 2014.

SU, H. Y.; FANG, S. C.; YOUNG, C. S. Influences of relationship transparency from intellectual capital reporting on supply chain partnerships with suppliers: A field experiment. **Supply Chain Management**, v. 18, n. 2, p. 178-193, 2013.

SWINK, M.; NARASIMHAN, R.; KIM, S. W. Manufacturing practices and strategy integration: Effects on cost efficiency, flexibility, and market-based performance. **Decision Sciences**, v. 36, n. 3, p. 427-456, 2005.

TANG, X.; RAI, A. The moderating effects of supplier portfolio characteristics on the competitive performance impacts of supplier-facing process capabilities. **Journal of Operations Management**, v. 30, n. 1-2, p. 85-98, 2012.

TCHOKOGUÉ, A.; NOLLET, J.; BEAULIEU, L. Supply management for major sport events: The case of the 2010 Vancouver Olympic Games. **Canadian Journal of Administrative Sciences**, v. 34, n. 1, p. 7-18, 2017.

TELLER, C. et al. The importance of key supplier relationship management in supply chains. **International Journal of Retail and Distribution Management**, v. 44, n. 2, p. 109-123, 2016.

TATHAM, P. et al. Supply chain management skills to sense and seize opportunities. **The International Journal of Logistics Management**, v. 28, n. 2, p. 266-289, 2017.

TIDY, M.; WANG, X.; HALL, M. The role of Supplier Relationship Management in reducing Greenhouse Gas emissions from food supply chains: Supplier engagement in the UK supermarket sector. **Journal of Cleaner Production**, v. 112, p. 3294-3305, 2016.

TSENG, S. M. The impact of knowledge management capabilities and supplier relationship management on corporate performance. **International Journal of Production Economics**, v. 154, p. 39-47, 2014.

VENKATESH, V. G.; DUBEY, R.; AITAL, P. Analysis of sourcing process through SAP-LAP framework -A case study on apparel manufacturing company. **International Journal of Procurement Management**, v. 7, n. 2, p. 145-167, 2014.

VLACHOPOULOU, M.; MANTHOU, V. Supply chain and relationship management systems supporting the responsive enterprise: An empirical research. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 1, n. 4, p. 358-371, 2005.

WAGNER, S. M. Cost management practices for supply chain management: An exploratory analysis. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 4, n. 3, p. 296-320, 2008.

_____. Indirect and direct supplier development: performance implications of individual and combined effects. **IEEE Transactions on Engineering Management**, v. 57, n. 4, p. 536-546, 2010.

_____. Supplier development and the relationship life-cycle. **International Journal of Production Economics**, v. 129, n. 2, p. 277-283, Feb 2011.

WAGNER, S. M.; ESSIG, M. Electronic procurement applications and their impact on supplier relationship management. **International Journal of Services, Technology and Management**, v. 7, n. 5-6, p. 439-462, 2006.

WAGNER, S. M.; FRIEDL, G. Supplier switching decisions. **European Journal of Operational Research**, v. 183, n. 2, p. 700-717, 2007.

WALTERS, D. Demand chain effectiveness - Supply chain efficiencies: A role for enterprise information management. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 19, n. 3, p. 246-261, 2006.

WALTERS, D.; RAINBIRD, M. Cooperative innovation: A value chain approach. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 20, n. 5, p. 595-607, 2007.

WEIL, M. Farewell to 'buy-side'. **Manufacturing Systems**, v. 19, n. 2, p. 60-"62, 64", 2001.

WU, C. Knowledge creation in a supply chain. **Supply Chain Management**, v. 13, n. 3, p. 241-250, 2008.

WU, I. L.; SHEN, Y. C. A model for exploring the impact of purchasing strategies on user requirements determination of e-SRM. **Information and Management**, v. 43, n. 4, p. 411-422, 2006.

YAZICI, H. J. Buyer perceptions on the buyer-supplier collaborative relationship and performance: A service example. **International Journal of Services and Operations Management**, v. 12, n. 2, p. 165-187, 2012.

YEH, H. A knowledge value creation model for knowledge-intensive procurement projects. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 19, n. 7, p. 871-892, 2008.

YENIYURT, S.; HENKE, J. W.; CAVUSGIL, E. Integrating global and local procurement for superior supplier working relations. **International Business Review**, v. 22, n. 2, p. 351-362, 2013.

ZAILANI, S. et al. Effects of service supply chain practices on the profitability of tourism firms. **Anatolia**, v. 26, n. 4, p. 612-623, 2015.

ZHANG, X. et al. Supplier categorization with K-Means type subspace clustering. In: ZHOU, X.; LI, J., et al (Ed.). **Lecture Notes in Computer Science**: Springer Berlin Heidelberg, v. 3841, p. 226-237, 2006.

ZIAEE, M.; BOUQUARD, J. L. Optimal pricing and lot sizing in VMI model. **International Journal of Industrial Engineering Computations**, v. 1, n. 1, p. 33-44, 2010.

ZUNK, B. M. Exploration of factors influencing the customers' motivation in buyer-supplier relationships on industrial markets. **International Journal of Engineering Business Management**, v. 7, p. 1-6, 2015.

Apêndice B

Lista de referências utilizadas na revisão sistemática de literatura sobre decisão de compra em instituições hospitalares

ALLAN, G. M.; LEXCHIN, J. Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: A systematic review. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 24, n. 2, p. 158, 2008.

BADE, K.; HOOGERBRUG, J. Awareness of surgical costs: A multicenter cross-sectional survey. **Journal of Surgical Education**, v. 72, n. 1, p. 23-27, 2015.

BURNS, L. R. et al. Implant vendors and hospitals: Competing influences over product choice by orthopedic surgeons. **Health Care Management Review**, v. 34, n. 1, p. 2-18, Jan-Mar 2009.

BURNS, L. R.; LEE, J. A. Hospital purchasing alliances: utilization, services, and performance. **Health Care Management Review**, v. 33, n. 3, p. 203-215, 2008.

COCHRAN, D. S.; WHITE, D. D. Intraorganizational conflict in the hospital purchasing decision making process. **Academy of Management Journal**, v. 24, n. 2, p. 324-332, 1981.

FELDSTEIN, J.; BROOKS, E. Optimizing medical device buying: Value analysis models can help you improve decision-making process. **Materials Management in Health Care**, v. 19, n. 5, p. 20-22, 2010.

GERMAIN, R. et al. The impact of relational supplier exchange on financial performance: A study of the hospital sector. **Journal of Business Logistics**, v. 32, n. 3, p. 240-253, 2011.

GRUNDY, Q. "Whether something cool is good enough": The role of evidence, sales representatives and nurses' expertise in hospital purchasing decisions. **Social Science & Medicine**, v. 165, p. 82-91, Sep 2016.

HAGEN, B. P.; EPSTEIN, A. L. Physicians and capital purchases. Involving physicians in purchasing decisions can improve patient care and staff collaboration. **Healthcare Executive**, v. 19, n. 3, p. 48-49, 2004.

ISHII, L. et al. Improving healthcare value through clinical community and supply chain collaboration. **Healthcare**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2017.

IVLEV, I.; KNEPPO, P.; BARTAK, M. Multicriteria decision analysis: a multifaceted approach to medical equipment management. **Technological and Economic Development of Economy**, v. 20, n. 3, p. 576-589, 2014.

KETCHAM, J. D.; FURUKAWA, M. F. Market watch - Hospital-physician gainsharing in cardiology. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 803-812, May-Jun 2008.

KUMAR, S.; DEGROOT, R. A.; CHOE, D. Rx for smart hospital purchasing decisions: The impact of package design within US hospital supply chain. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 38, n. 8, p. 601-615, 2008.

LAMBERT, D. M.; ADAMS, R. J.; EMMELHAINZ, M. A. Supplier selection criteria in the healthcare industry: A comparison of importance and performance. **Journal of Supply Chain Management**, v. 33, n. 4, p. 16-22, 1997.

LI, C. S. et al. Orthopedic implant value drivers: A qualitative survey study of hospital purchasing administrators. **Journal of Long-Term Effects of Medical Implants**, v. 25, n. 3, p. 237-244, 2015.

MONTGOMERY, K.; SCHNELLER, E. S. Hospitals' strategies for orchestrating selection of physician preference items. **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 2, p. 307-335, Jun 2007.

O'CONNOR, B.; POLLNER, F.; FUGH-BERMAN, A. Salespeople in the surgical suite: Relationships between surgeons and medical device representatives. **PLoS ONE**, v. 11, n. 8, 2016.

PENNINGTON, C.; DERIENZO, N. R. An effective process for making decisions about major operating room purchases. **AORN Journal**, v. 91, n. 3, p. 341-349, 2010.

RICHARDSON, B. et al. What role should nurses play in medical-equipment purchasing decisions? **RN**, v. 72, n. 1, p. 14-15, 2009.

ROBINSON, J. C. Value-based purchasing for medical devices. **Health Affairs**, v. 27, n. 6, p. 1523-1531, 2008.

SEHGAL, R. T.; GORMAN, P. Internal medicine physicians' knowledge of health care charges. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 3, n. 2, p. 182-187, 2011.

SORENSEN, C.; DRUMMOND, M.; KHAN, B. B. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. **ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR**, v. 5, p. 223, 2013.

WERNZ, C.; ZHANG, H.; PHUSAVAT, K. International study of technology investment decisions at hospitals. **Industrial Management & Data Systems**, v. 114, n. 4, p. 568-582, 2014.

WILSON, N. A. et al. Hip and knee implants: Current trends and policy considerations. **Health Affairs**, v. 27, n. 6, p. 1587-1598, 2008.

Apêndice C

Roteiro de entrevistas

Parte I – Aspectos estratégicos

- Qual é a estrutura organizacional de sua instituição hospitalar?
- Qual é a estrutura organizacional da área responsável pela gestão da função compras (a seguir denominada como “área de compras”)?
- Qual é o nível hierárquico do principal gestor da área de compras?
- Qual é o escopo de atuação da área de compras?
- Quantos funcionários atuam na área de compras?
- Qual é o volume financeiro médio anual de compras?
- Como é a infraestrutura geral disponível para a área de compras? É adequada?
- E a infraestrutura de tecnologia de informação (*hardware/softwares*)? É adequada?
- Como é o relacionamento da área de compras com a alta administração da organização?
- A alta administração se envolve com a área de compras? Como ocorre?
- Quais são os principais objetivos da área de compras?
- Como são estabelecidos os objetivos estratégicos da área de compras?
- Como o senhor avalia a capacitação dos funcionários da área de compras?
- Como o senhor avalia a integração da área de compras com as áreas internas do hospital?
- Como o senhor avalia a integração com fornecedores? E o nível de colaboração?
- Que tipo de fornecedor (ou categoria de fornecedor) é considerado estratégico para seu hospital?
- Que tipos de relacionamento são estabelecidos com os fornecedores estratégicos? Poderia dar exemplos?
- Quais são as dificuldades enfrentadas para estabelecer relações estratégicas com fornecedores de hospitais?
- Quais são as principais dificuldades enfrentadas na gestão de relacionamento com fornecedores?
- Quais são os principais resultados obtidos pela gestão de relacionamento com fornecedores?
- Quais são os maiores desafios atuais, no seu trabalho?
- E para o futuro, quais desafios e tendências o senhor visualiza?

Parte II – Processos de gestão de relacionamento com fornecedores

Segmentação de categorias de compras

- Como é feita a identificação dos produtos e serviços mais importantes para o hospital?
- Quais são os critérios utilizados?
- Quais são as categorias de compras?
- Quais são as categorias de compras mais importantes? Por quê?

Segmentação de fornecedores

- Como é realizada a segmentação de fornecedores?
- Qual é o método usado?
- Quais são os critérios utilizados?
- Quais são as categorias de fornecedores?
- Quais são as categorias de fornecedores mais importantes? Por quê?

Seleção de fornecedores

- Como é realizado o processo de seleção de fornecedores?
- Quais são as etapas do processo?
- Quem são os responsáveis pela seleção de fornecedores?
- São levados em consideração aspectos de sustentabilidade? Quais?

Avaliação de fornecedores

- Como é realizado o processo de avaliação de fornecedores?
- O que é medido?
- Quais são os indicadores utilizados?
- Como é feita a comunicação com fornecedores sobre o desempenho deles?

Estratégias para gestão de relacionamento com fornecedores

- Como é determinado o tipo de relacionamento a ser desenvolvido com os fornecedores?
- Quem se envolve no processo de definição do tipo de relacionamento?
- Quem propõe? Quem aprova?
- A alta administração se envolve em alguma etapa do processo?
- Qual etapa? Quem se envolve?
- Como são estabelecidos os relacionamentos com fornecedores estratégicos? Poderia dar exemplos? Quais são as dificuldades enfrentadas?
- Como são estabelecidos os relacionamentos com as demais categorias de fornecedores? Poderia dar exemplos? Quais são as dificuldades enfrentadas?

Desenvolvimento de fornecedores

- O hospital empreende ações para o desenvolvimento de fornecedores?
- Como isso é feito? Há um processo estabelecido?

Medição de desempenho e melhoria contínua

- Como é medido o desempenho da área de compras?
- Como é medido o sucesso das atividades de gestão de relacionamento com fornecedores?
- Quais são os resultados e benefícios obtidos com os relacionamentos com fornecedores?
- Ocorre o compartilhamento com os fornecedores de benefícios obtidos com as melhorias atingidas? Poderia dar exemplos?

Capacitação da equipe de compras

- Como são avaliadas as competências dos funcionários da área de compras?
- Tem havido necessidade de desenvolver competências dos funcionários para gerir relacionamentos com fornecedores?
- Existe alguma política para desenvolvimento de funcionários?

Padronização de materiais e especificação técnica de itens para compra

- Como é realizado o processo de padronização de materiais?
- Existe algum comitê multidisciplinar? Como funciona? Quem participa?
- Como são preparadas as especificações técnicas de itens para compra?
- Quem especifica? Quem revisa? Quem aprova?
- Como é feita a especificação e padronização de itens de alto custo (OPME etc.)?
- Como é feita a especificação de equipamentos / novas tecnologias médicas?
- A forma como são feitas tais especificações permitem ampla concorrência na compra?

Sistema de informações

- Você considera as ferramentas disponíveis no sistema de informações do hospital adequadas às suas necessidades? Há alguma coisa que poderia ser melhorada?

Benchmarking

- Você efetua *benchmarking* de práticas de gestão de relacionamento com fornecedores / gestão de compras? Com quem (outros hospitais, empresas de outros setores)? Quais?

Geral (aplicadas em todas as entrevistas, na etapa final)

- Quais são as principais dificuldades enfrentadas nas atividades de gestão de relacionamento com fornecedores?
- Quais são as principais dificuldades enfrentadas na execução de suas atribuições?