**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

ÉRICA APARECIDA ARAÚJO

Aliança logística entre hospitais: um estudo de casos múltiplos

**São Carlos
2015**

ÉRICA APARECIDA ARAÚJO

Aliança logística entre hospitais: um estudo de casos múltiplos

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

Área de concentração: Processos e Gestão de Operações

Orientador: Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti

**São Carlos
2015**

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.

A658a

Araújo, Érica Aparecida

Aliança logística entre hospitais: um estudo de
casos múltiplos / Érica Aparecida Araújo; orientador
Marcel Andreotti Musetti . São Carlos, 2015.

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, 2015.

1. Aliança estratégica. 2. Aliança logística. 3.
Aliança hospitalar. 4. Planejamento e operações de
Alianças. I. Título.

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidata: Bacharel **ÉRICA APARECIDA ARAÚJO**.

Título da tese: "Aliança logística entre hospitais: um estudo de casos múltiplos".

Data da defesa: 13/03/2015

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. **Marcel Andreotti Musetti** (Orientador)
(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

Prof. Associado **Fábio Müller Guerrini**
(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

Prof. Dr. **Kleber Francisco Espôsto**
(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

Prof. Dr. **Alceu Gomes Alves Filho**
(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

Prof. Dr. **Manoel Fernando Martins**
(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

Resultado:

Aprovado

Aprovada

Aprovada

Aprovada

Aprovado

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Profa. Associada **Daisy Aparecida do Nascimento Rebelatto**

Presidente da Comissão de Pós-Graduação:
Prof. Associado **Paulo César Lima Segantine**

*A minha família que amo incondicionalmente! Minha
mãe Alzira e meus irmãos Rogério, Adriana e Élide.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo cuidado com minha família, pelas oportunidades que me tens dado, por guiar sempre meus passos para o caminho da felicidade.

A minha mãe Alzira por ensinar-me que é por meio de muita disciplina e trabalho árduo, que se consegue o que deseja.

A minha irmã Adriana pelo companherismo, amizade, por ouvir minhas filosofias e estresses com paciência e carinho, sempre incentivando-me e contribuindo com ideias e pontos de vistas nas minhas pesquisas. Obrigada por estar sempre ao meu lado ‘faça chuva ou faça sol’!

A minha irmã Élide pela amizade, carinho e prontidão em auxiliar-me nas pesquisas e compreensão da Lei de licitação e processos administrativos públicos.

Ao meu irmão Rogério, que mesmo distante fisicamente esteve sempre presente por meio de mensagens positivas e acolhedoras.

Ao Professor Marcel Andreotti Musetti pela orientação, incentivo, dedicação, conhecimento e sabedoria compartilhada, que muito contribuiu para minha formação profissional e pessoal. Obrigada pelos mais de sete anos de boa convivência, paciência, aprendizagem e oportunidade em ser membro efetivo do grupo de pesquisa LOGOSS - Logística, Organização, Sistemas e Sociedade.

Ao Professor Fábio Müller Guerrini, que tenho total respeito e admiração pela sabedoria e profissionalismo. Obrigada pelas contribuições apresentadas no exame de qualificação.

Ao Professor Alceu Gomes Alves Filho pelas relevantes cotribuições apresentadas no exame de qualificação.

Aos professores Alceu Gomes Alves Filho, Fábio Müller Guerrini, Kleber Francisco Esposto e Manoel Fernando Martins, membros da banca de defesa, pela participação e sugestões de melhorias para enriquecer a pesquisa.

A todos os professores do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia de São Carlos, que por meio das disciplinas contribuíram para meu conhecimento.

Aos funcionários do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia de São Carlos pelo acolhimento e prontidão, em especial aos da Secretária de Pós-Graduação.

Aos colegas do Laboratório de Gestão de Operações e aos membros do Grupo de Pesquisa LOGOSS, pelas nossas conversas que sempre foram muito produtivas.

A todos os hospitais e profissionais que contribuíram com a realização da pesquisa de campo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido.

A todos o meu muito obrigado, por fazerem parte da realização desse sonho tão almejado!

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.”

Augusto Cury

RESUMO

ARAÚJO, É. A. **Aliança logística entre hospitais: um estudo de casos múltiplos**. 2015. 217 p. Tese (Doutorado) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo - EESC/USP, São Carlos, 2015.

Os hospitais são de extrema relevância para o bem estar e saúde da população, e assumem importante posição na sociedade devido a sua função social e econômica. Essas instituições possuem um ambiente complexo e dinâmico, com várias carências na gestão administrativa, de investimentos financeiros, de uma eficiente infraestrutura de suprimentos e equipamentos entre outras. A aliança logística está sobressaindo como oportunidade estratégica a agregar valor no setor hospitalar. Neste sentido, o objetivo desta tese é propor uma sistemática para a orientação do planejamento e operação de aliança logística entre hospitais. Para tanto, o trabalho utilizou uma abordagem qualitativa-exploratória, com estratégia de pesquisa embasada na pesquisa bibliográfica e estudo de casos múltiplos (07 hospitais). A seleção dos hospitais foi por análise de *ranking* das listas disponibilizadas pela JCI (*Joint Commission International*) e pelo 'Provão do SUS - Sistema Único de Saúde', sendo escolhidos os cinco principais hospitais de cada uma, que localizassem no Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturado com os responsáveis pelas áreas de suprimentos/logística e farmácia. Os resultados permitiram sistematizar quadros referenciais teóricos das características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades, abordagens de gestão e propor uma sistemática de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais. Também, concluiu-se que as alianças logísticas entre hospitais possuem foco na área de materiais médicos e medicamentos, por meio do desenvolvimento de atividades de empréstimos, trocas e consignações, negociação e compra conjunta. Essas relações podem proporcionar ganhos nos fluxos de materiais, medicamentos e informações, consequentemente melhores resultados em relação a custo, quantidade, tempo, lugar e qualidade, influenciando no nível de desempenho da prestação de serviço e no pronto atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Aliança estratégica; Aliança logística; Aliança hospitalar; Planejamento e operações de alianças.

ABSTRACT

ARAÚJO, É. A. **Logistics alliance between hospitals: a study of multiple cases**. 2015. 217 p. Thesis (Doctorate) - Engineering School of São Carlos, University of São Paulo - EESC / USP, São Carlos, 2015.

Hospitals are very important for the welfare and health of the population, and take on an important position in society because of its social and economic function. These institutions have a complex and dynamic environment, with several lacks in administrative management financial investments, efficient infrastructure supplies and equipment among others. The alliance logistics is standing out as a strategic opportunity to add value in the hospital sector. In this sense, the objective of this thesis is to propose a systematic for the orientation of the planning and operation of logistics alliance between hospitals. For this, the work used a qualitative and exploratory approach, based on the research strategy in bibliographic research and multiple cases study (07 hospitals). The selection of hospitals was by analysis of ranking lists provided by JCI (Joint Commission International) and the 'Provão SUS - Health System', chosen the five main reference hospitals in each, which locate in the state of São Paulo. Data collection was performed using a semi-structured interview guide with those responsible for the area of supply / logistics and pharmacy. The results allowed systematizing theoretical reference frameworks of the characteristics, motives, facilitators, benefits, critical points, management approaches and proposing a systematic planning and operation of logistics alliance between hospitals. Also, it was concluded that the logistics alliances between hospitals have focus in the area of medical supplies and medicines, through the development of lending activities, exchanges and assignments, and negotiation and joint purchasing. These relationships can provide gains in material flows, drugs and information, consequently better results in terms of cost, quantity, time, place and quality, influencing the performance level of service delivery and emergency care to patient.

Keywords: Strategic alliance; Alliance logistics; Hospital alliance; Hospitals; Alliance planning and operations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fases do desenvolvimento e gestão de alianças estratégicas	58
Figura 2: Áreas de ações para planejar e operacionalizar uma aliança estratégica	62
Figura 3: Ciclo de vida e fatores de sucesso da aliança estratégica	64
Figura 4: Planejamento de preparação para aliança logística.....	66
Figura 5: Planejamento conjunto da aliança logística.....	66
Figura 6: Gestão e controle conjunto da aliança logística.....	67
Figura 7: Planejamento e operação da aliança logística	70
Figura 8: Mapa conceitual da revisão de literatura	103
Figura 9: Planejamento e operação da aliança logística entre hospitais	118
Figura 10: Gráfico de artigos incluídos na tese - 1990 a 2014.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conceitos de aliança logística.....	37
Quadro 2: Comparação das características de aliança logística e parceria tradicional de logística	43
Quadro 3: Síntese de casos de alianças logísticas (diretas e indiretas).....	78
Quadro 4: Síntese dos casos de alianças hospitalares (foco direto e indireto na área de logística)	82
Quadro 5: Características de aliança logística	88
Quadro 6: Motivos de aliança logística	90
Quadro 7: Facilitadores de aliança logística	91
Quadro 8: Benefícios de aliança logística	92
Quadro 9: Dificuldades da aliança logística	93
Quadro 10: Abordagens de planejamento e operações de aliança logística	94
Quadro 11: Características de aliança logística entre hospitais	96
Quadro 12: Motivos de aliança logística entre hospitais	96
Quadro 13: Facilitadores de aliança logística entre hospitais	98
Quadro 14: Benefícios de aliança logística entre hospitais	99
Quadro 15: Dificuldades da aliança logística entre hospitais	100
Quadro 16: Abordagens de planejamento e operação de aliança hospitalar (foco indireto na aliança logística)	101
Quadro 17: Sistematização das características de aliança logística e aliança logística entre hospitais.....	105
Quadro 18: Sistematização dos motivos de aliança logística e aliança logística entre hospitais	109
Quadro 19: Sistematização dos facilitadores de aliança logística e aliança logística entre hospitais.....	110
Quadro 20: Sistematização dos benefícios de aliança logística e aliança logística entre hospitais.....	112
Quadro 21: Sistematização das dificuldades da aliança logística e aliança logística entre hospitais.....	114

Quadro 22: Abrangência das abordagens de planejamento e operação da aliança logística e aliança logística hospitalar	117
Quadro 23: Protocolo de pesquisa sintetizado	132
Quadro 24: Caracterização dos hospitais pesquisados	135
Quadro 25: Caracterização dos respondentes da pesquisa.....	136
Quadro 26: Comparação das características de alianças logísticas sistematizadas com as dos estudos de caso	164
Quadro 27: Comparação dos motivos sistematizados de aliança logística com os dos estudos de caso	169
Quadro 28: Comparação dos facilitadores sistematizados da aliança logística com os estudos de caso	173
Quadro 29: Comparação dos benefícios sistematizados de aliança logística com os dos estudos de caso	177
Quadro 30: Comparação das dificuldades sistematizadas de aliança logística com os dos estudos de caso	181
Quadro 31: Comparação das etapas sistematizadas de planejamento e operação da aliança logística com as dos estudos de caso	183
Quadro 32: Contribuições ao quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHP – *Analytic Hierarchy Process*

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CSCMP – *Council of Supply Chain Management Professionals*

GAFO – Grupo de Avaliação e Qualidade de Fornecedores

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

JCI – *Joint Commission International*

JIT – *Just In Time*

LOGOSS – Logística, Organização, Sistema e Sociedade

NCBI – *National Center for Biotechnology Information*

NIAHO – *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*

ONA – Organização Nacional de Acreditação

SUS – Sistema Único de Saúde

TOPSIS - *Technique for Order Preference by the Similarity to Ideal Solution*

UFC – Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	Introdução	23
1.1	Contextualização do problema de pesquisa	23
1.2	Objetivos da tese	28
1.3	Justificativa e contribuições do trabalho.....	28
1.4	Estrutura da tese	31
2	Aliança logística entre hospitais	33
2.1	Conceitos de logística hospitalar	33
2.2	Aliança logística.....	35
2.2.1	Aliança logística entre hospitais	38
2.3	Caracterização da aliança logística.....	41
2.3.1	Caracterização da aliança logística entre hospitais	44
2.4	Motivos, facilitadores e benefícios da aliança logística.....	45
2.4.1	Motivos, facilitadores e benefícios da aliança logística entre hospitais	50
2.5	Dificuldades e desafios da aliança logística.....	54
2.5.1	Dificuldades e desafios da aliança logística entre hospitais	56
2.6	Abordagens de planejamento e operação da aliança logística	58
2.6.1	Abordagens de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais	72
2.7	Casos de aliança logística	76
2.7.1	Casos de aliança logística entre hospitais.....	80
3	Sistematização de quadros teóricos e contribuições da revisão de literatura	87
3.1	Aliança logística.....	88
3.2	Aliança logística entre hospitais.....	95
3.3	Mapa conceitual da revisão de literatura	102
3.4	Quadros referenciais teóricos para sistematização de características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística entre hospitais.....	104
3.5	Quadro referencial teórico para sistematização de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais	116
3.5.1	Etapa - Iniciação da aliança logística entre hospitais	119
3.5.2	Etapa - Planejamento da aliança logística entre hospitais	120
3.5.3	Etapa - Operação, monitoramento e controle da aliança logística entre hospitais	122
3.5.4	Etapa - Encerramento da aliança logística entre hospitais.....	123
4	Método de pesquisa	125
4.1	Caracterização do método de pesquisa	125

4.2	Etapas da pesquisa.....	126
4.2.1	Procedimentos adotados na revisão da literatura.....	127
4.2.2	Procedimentos da seleção dos estudos de casos e técnica de coleta de dados.....	129
4.2.3	Procedimentos éticos adotados na pesquisa.....	133
5	Estudo de casos múltiplos	135
5.1	Caracterização dos hospitais e respondentes	135
5.2	Descrição dos dados e informações coletadas	137
5.2.1	Hospital A.....	137
5.2.2	Hospital B.....	141
5.2.3	Hospital C.....	145
5.2.4	Hospital D.....	149
5.2.5	Hospital E.....	153
5.2.6	Hospital F	155
5.2.7	Hospital G.....	157
5.3	ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados.....	160
5.4	Análise dos dados e resultados do estudo de casos múltiplos.....	162
5.4.1	Características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades das alianças logísticas do estudo de casos múltiplos	162
5.4.2	Planejamento e operação das alianças logísticas no estudo de casos múltiplos.....	183
5.5	Análise para identificação de contribuições aos quadros teóricos sistematizados	186
5.5.1	Sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística entre hospitais.....	186
5.5.2	Sistematização de planejamento e operação da aliança logística	190
6	Considerações finais	197
	Referências	203
	APÊNDICE A – E-mail de apresentação da pesquisa	213
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista e protocolo de pesquisa	214
	ANEXO A – Estrutura Organizacional da ANAHP.....	217

“O século XXI será a era das alianças estratégicas.”

James E. Austin

1 Introdução

O capítulo visa apresentar ao leitor o tema central da tese - alianças logísticas entre hospitais, a problemática que o envolve, a questão de investigação, objetivo principal e objetivos secundários, justificativas para seu desenvolvimento e contribuições, e a estrutura de apresentação da tese.

1.1 Contextualização do problema de pesquisa

Hospitais são instituições centrais do sistema de cuidados a saúde e podem atuar como centros de formação profissional, pesquisas e investigação biossocial. Eles possuem uma relevante participação no ciclo de vida das pessoas, além de uma importante posição no mercado devido sua função social, econômica, e uma grande parcela de responsabilidade nos custos e na qualidade de todo o sistema de saúde (AZAM *et al.*, 2012; MIRANDA *et al.*, 2007; PORTER; TEISBERG, 2006; POSSA; CORTES, 2012).

Essas instituições são complexas e lidam com uma população heterogênea, ambientes instáveis e de intensos fluxos de materiais, informações, pacientes, familiares, profissionais da área de saúde e administrativa, que envolvem uma intrincada sequência de transações e relacionamentos entre instituições governamentais, prestadores de serviços, organizações ligadas à área de saúde (equipamentos médicos, laboratórios, farmácias, unidades de saúde primária, secundária, terciária, quaternária etc.), e de apoio, tais como: suprimentos, materiais de escritório, lavanderia, limpeza e higiene entre outras (LONDOÑO, 2003; STILES; MICK; WISE, 2001).

Segundo Bernardo, Valls e Casadesus (2012), Lima Gonçalves *et al.* (2009) e Mosadegrad (2013), os hospitais enfrentam crescente pressão por atendimentos com melhor eficiência, qualidade e por mais investimentos na melhoria dos sistemas de saúde em todo o mundo.

Finchman, Kohli e Krishnan (2011) e Gastaldi *et al.* (2012) destacam que essas instituições são criticadas, em sua maioria, como mal preparadas para atender às necessidades de sua população, apesar do esforço para adaptarem a realidade do ambiente, por não conseguirem desenvolver estratégias sustentáveis e bem sucedidas. Os custos são crescentes, a tecnologia da informação e comunicação é pouco utilizada no que diz respeito a melhorar os fluxos de ativos, pessoas e informações, consequentemente afetam seus desempenhos e qualidade de prestação de serviço aos usuários.

Fora essas carências existem várias outras que envolvem os hospitais, principalmente no setor público, tais como: de cunho administrativo, aspectos técnicos do serviço, valor agregado ao usuário (PORTER; TEISBERG, 2007; LA FORGIA; HARDING, 2009); maior conhecimento sobre as especificidades de seus processos, do planejamento e controle de seus custos totais (MIRANDA *et al.*, 2007; VECINA NETO; MALIK, 2007); uma infraestrutura de suprimentos eficiente (BARBUSCIA, 2009), a escassez de medicamentos e suprimentos médicos são ocorrências comuns (GNANLET; CHOI, 2014); disponibilidade de informações rápidas, novas tecnologias, métodos e ferramentas de gestão que auxiliem numa melhor tomada de decisão entre outras (BARBUSCIA, 2009; LIMA GONÇALVES *et al.*, 2009; MEDICI, 2001).

De acordo com Barbieri e Machline (2009), Barbuscia, (2009), Gnanlet e Choi (2014), as carências mais preocupantes são as que ocorrem no fluxo de materiais médicos e medicamentos, por registrar constantes faltas, elevados custos logísticos e riscos de perdas, caso não sejam armazenados e manuseados adequadamente, o que pode acarretar danos irreparáveis a saúde e bem estar do paciente, e até levar a morte. Dentre as despesas hospitalares, entre 30% a 46% são investidas em diversas atividades logísticas e na gestão de materiais e medicamentos, sendo que quase a metade pode ser eliminada por meio do uso de melhores práticas de gestão da logística (FARIA; COSTA, 2005; PONTES *et al.*, 2008; POULIN, 2003).

Pan e Pokharel (2007) salientam que a constante pressão nos hospitais para redução de custos, eficiência no fluxo de materiais/medicamentos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, faz a logística tornar-se uma função importante dentro dessas instituições. Mas, de acordo com Bowersox, Closs e Cooper (2007) e Kim (2007), as organizações, de modo geral, não despertaram para o grau de relevância que a gestão estratégica da logística pode proporcionar na redução dos custos, no aumento da flexibilidade, agilidade e agregação de valor aos clientes. Há lacunas de como desenvolver estratégias logísticas de agregação de valor que se adaptem o mais rápido a dinâmica do ambiente (BAGCHI; VIRUM, 1996).

Na literatura sobre estratégias empresariais, a área de alianças estratégicas e outros tipos de relacionamentos cooperativos constituem-se num dos temas mais pesquisados como forma de agregação de valor e obtenção de vantagem competitiva a ambientes complexos e dinâmicos (GULATI, 1998; HEIMERIKS; DUYSTERS, 2007; SLUYTS *et al.*, 2011).

As alianças estratégicas podem ser definidas como acordos voluntários entre organizações para compartilhar ou codesenvolver produtos, tecnologias ou serviços. Esses

acordos podem ocorrer como resultado de uma ampla gama de motivos e objetivos, tomar variadas formas com diferentes graus de formalização (GULATI, 1998).

Segundo Schreiner, Kale e Corsten (2009) e Sluyts *et al.* (2011), nas últimas décadas as alianças ou alianças estratégicas tornaram-se cada vez mais importantes nas estratégias de uma organização, sendo vistas como forma de reforçar e ampliar sua posição competitiva e de agregação de valor perante o mercado. Dodourova (2009, p. 843) aborda que a aliança “é uma ferramenta estratégica, que se apresenta muito útil no mercado contemporâneo, e os profissionais precisam aprender a usá-la sabiamente”, em qualquer área e setor que se julgar necessário ou oportuno, principalmente em ambientes complexos e dinâmicos.

Smith, Hair Jr. e Ferguson (2014) acrescentam que as alianças estratégicas ou parcerias estratégicas, termos frequentemente utilizados como sinônimos, sendo o último bem usado nas práticas das indústrias e de varejo, são aceitos como ferramenta de estratégias de negócios no mercado global, com contribuição para o desempenho, produtividade, competitividade, inovação e aprendizagem organizacional, a se destacar nas áreas de logística e inovação.

Wallenburg e Schäffler (2014) argumentam que o desenvolvimento de alianças, em especial na área de logística, ao longo das duas últimas décadas, teve uma tendência crescente de adesão de empresas com a visão de cooperar. Os motivos são os mais diversos, tais como: aumento da concorrência, necessidade de ampliar o mercado, investir em ativos da cadeia de suprimentos, adquirir competências adicionais, melhorar a qualidade dos serviços e produtividade entre outros.

O aumento pela busca da satisfação do cliente no ambiente global elevou a competência logística para uma posição de extrema prioridade dentro das organizações. Para tanto, as empresas estão a focar no desenvolvimento de alianças logísticas como forma de ganhar vantagens e obter recursos que não conseguiriam sozinhas (GENTRY, 1996).

Moore (1998) argumenta que para as organizações manterem-se competitivas precisam concentrar em suas atividades principais, reduzir os custos de reestruturação e adaptação, visando ficarem mais enxutas e eficientes. Uma das estratégias adotadas é o estabelecimento de alianças logísticas. Esses relacionamentos permitem que as empresas partilhem os riscos financeiros, melhorem a qualidade do serviço e a produtividade, reduzam os custos entre outros.

Bhatnagar e Viswanathan (2000) salientam que as melhorias nos processos operacionais de uma empresa não podem ser vistos de forma isolada, e que a eficiência da logística torna-se necessária e crítica para o bom desempenho de qualquer organização. A aliança logística é uma oportunidade entre as empresas, onde cada parceiro atua com foco em sua competência principal e integrada.

De acordo com Ying e Yan-Ping (2007), desenvolver aliança logística tornou-se uma estratégia fundamental para as organizações que querem sobreviver e se destacar no mercado, pois a área de logística não deve ser vista de maneira simples e tradicional, mas como arma estratégica que melhora a relação de custo-tempo-desempenho, a responder de forma rápida e flexível o serviço ao cliente.

Büyüközkan, Feyzioglu e Nebol (2008) apresentam que as empresas estão a despertar para a necessidade de mudar o sistema de logística tradicional, para um sistema mais dinâmico, eletrônico e integrado. Para isso, precisam trabalhar em conjunto com outras organizações, a fim de melhor servir os seus clientes e obter vantagens competitivas sustentáveis. Daugherty (2011) reforça que muitas vezes há mais a ganhar com uma relação de aliança logística do que com uma abordagem tradicional da logística.

McCutchen Jr., Swamidass e Teng (2008) destacam que a utilização de alianças é uma estratégia importante para as indústrias de qualquer setor, sendo de extrema relevância as organizações da área de saúde, para minimizar carências de recursos, obtenção de produtos inovadores e serviços de saúde com maior qualidade e eficiência.

Os hospitais, a exemplo de outras organizações, podem não ter recursos, habilidades e competências necessárias para sozinhos, inovar e adaptar seus objetivos, estratégias às mudanças e necessidades do ambiente. Assim, pode utilizar de aliança estratégica hospitalar ou alianças hospitalar para obterem vários benefícios e vantagens competitivas que não conseguiriam isoladamente (BOEX, HENRY, 2001; LEATT; BARNSLEY, 1994; LIU; LAI; LI, 2009; PORTER; TEISBERG, 2007).

Rotter *et al.* (2012) reforçam que as parcerias e alianças hospitalares, independentemente do termo utilizado, são arranjos vistos como um meio de melhorar a prestação de serviço à saúde, sendo uma oportunidade de otimizar as estruturas e processos de todas as partes interessadas em saúde pública e hospitalar, para aumentar a eficácia do sistema de saúde à população.

Chu e Chiang (2013) apresentam que as alianças entre hospitais são uma das estratégias de destaque na área de saúde, por agregar valor a cada hospital participante e reduzir custos por meio de negociações e aquisições centralizadas. A aliança hospitalar trata-se de dois ou mais hospitais com poucos recursos ou com recursos complementares, que unem para partilhá-los e atingir suas metas de longo prazo, que seriam impossíveis realizar sozinhos.

De acordo com Mccue, Clement e Luke (1999), Song (1995) e Vavala (1994), desenvolver alianças logísticas nos hospitais consistem em uma oportunidade de potencializar sua atuação na sociedade e otimizar os fluxos de materiais e informações, o que pode ocasionar diversos benefícios de agregação de valor, maior adaptação na prestação de cuidados a saúde, captação e troca de recursos, conhecimento, aperfeiçoamento de projetos entre outros.

Langhoff e Remigio (2012) e Pan e Pokharel (2007) apresentam que uma das políticas de gestão estratégica que pode ajudar os hospitais a enfrentar desafios complexos do ambiente, é estabelecer alianças logísticas entre as diversas organizações do setor de saúde, para obter recursos, criar valor e gerar conhecimentos específicos.

Vanvactor (2012) destaca que uma logística eficiente pode resultar em uma prestação de cuidados à saúde mais eficaz aos usuários internos e externos dos hospitais, para tal estão a utilizar de alianças estratégicas nesta área. Wen, Peng e Tong (2013) acrescentam que a aliança entre hospitais com foco no fluxo de suprimentos é um novo tipo de cooperação que tende cada vez mais a ganhar força no ambiente hospitalar.

Diante do contexto abordado até o momento, vale destacar que os autores Dodourova (2009), Schreiner, Kale e Corsten (2009), Sluyts *et al.* (2011), Wallenburg e Schaffer (2014) entre outros do ambiente empresarial, utilizam como sinônimos os termos aliança estratégica, aliança ou aliança logística, para apresentar esse tipo de relacionamento na área de logística. No ambiente hospitalar não é diferente. Os autores Chu e Chiang (2013), Leatt e Barnsley (1994), Liu, Lai e Li (2009), Pan e Pokharel (2007), Wen, Peng e Tong (2013) entre outros, utilizam como sinônimos os termos aliança estratégica hospitalar, aliança hospitalar, aliança entre hospitais ou aliança logística, para relacionamentos voltados a área de logística. Independentemente dos termos utilizados pelos autores pesquisados esses serviram de referência para criar um arcabouço teórico, com enfoque mais abrangente possível e sem se restringir ao estratégico. Portanto, o termo adotado na tese é aliança logística.

Outro ponto a destacar é que a pesquisa da tese coloca em pauta a discussão e análise de aliança logística entre hospitais, como uma das alternativas estratégicas para gerar melhorias na gestão dos principais fluxos hospitalares: materiais, medicamentos, informações e pessoas. Para prosseguir com o desenvolvimento de tal pesquisa, apresenta-se a questão de investigação do estudo:

- *Como gerir alianças logísticas entre hospitais?*

Para auxiliar na compreensão e resolução da questão de investigação, foram elaboradas as seguintes subquestões para revisão de literatura: 1) O que são alianças logísticas entre hospitais?; 2) Como essas alianças logísticas estão caracterizadas ou estruturadas?; 3) Quais os principais motivos, benefícios, facilitadores e barreiras para desenvolvimento das alianças logísticas?; 4) Como está a prática das alianças logísticas entre hospitais de destaque no cenário nacional da saúde? 5) Como promover aperfeiçoamento nas práticas encontradas de gestão da aliança logística entre os hospitais?

1.2 Objetivos da tese

Diante da questão e subquestões de investigação, foi definido como objetivo principal da tese:

- *Propor uma sistemática para a orientação do planejamento e da operação de aliança logística entre hospitais.*

Dado o objetivo principal, pode-se listar os objetivos secundários como escopo da pesquisa:

- Definir e caracterizar alianças logísticas entre hospitais;
- Identificar: os motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades no desenvolvimento de alianças logísticas entre hospitais.

Após o desenvolvimento da revisão bibliográfica e a sistematização de quadros referenciais teóricos propõem-se a realização de estudo de casos múltiplos, para ampliar e contribuir com o conhecimento acadêmico e prático da gestão de alianças logísticas entre hospitais.

1.3 Justificativa e contribuições do trabalho

Apesar de uma história relativamente longa de pesquisas sobre alianças logísticas, estas estão repletas de ambiguidades e dilemas, além de ter poucos estudos empíricos que

apresentem sua frequência de relacionamento, motivação e formas de gestão, devido à dificuldade de obtenção de informações. Existem muitas empresas que desenvolvem alianças informalmente, e assim não tem uma maneira sistemática para estudá-las quantitativamente, não há um viés para examinar as mais proeminentes ou as falidas, pois não tem informações facilmente disponíveis e padronizadas (DODOUROVA, 2009).

Kale e Singh (2009) destacam a importância dos estudiosos despertarem para a necessidade de pesquisar como gerenciar as alianças logísticas de forma a desfrutar de um maior e repetido grau de sucesso. A literatura até o momento não tem focado especificamente nas ações combinadas entre os paradigmas motivacionais e a gestão holística da aliança, e muito raramente em uma perspectiva de ciclo de vida completa deste tipo de relacionamento (LOWENBERG, 2010).

Segundo Das e Kumar (2011), um percentual elevado de alianças fracassam, talvez devido ao uso inadequado de estratégias de gestão, de quão dispostos estão os parceiros para se ajustarem e evoluírem suas estratégias ao longo do tempo de desenvolvimento da aliança. O que são fatores importantes para o bom desempenho de qualquer aliança estratégica, mas recebem atenção fragmentada na literatura.

Daugherty (2011) sugere que o modelo atual de aliança logística pode estar incompleto, impossibilitando monitorar a viabilidade e vitalidade do relacionamento em longo prazo. Jianmim (2010) salienta que há pouco estudo empírico sobre os mecanismos de preparação, formação e desenvolvimento da aliança logística.

De acordo com Brekalo, Albers e Delfmann (2013), a relevância e reconhecimento das alianças logísticas estão a crescer devido à globalização, os avanços em tecnologias da informação, a acirrada concorrência e a redução do tempo de processamento de atendimento dos pedidos. Mas nem todas as alianças logísticas são bem sucedidas, apesar de serem estudadas por mais de duas décadas em uma variedade de aspectos e fatores, há um percentual alto de falhas que não são totalmente explicadas. Existem necessidades de estudos de capacidade de gestão, estratégias e organização da aliança.

Sharma e Choudhury (2014) abordam que apesar da aliança logística gerar inovações e resultados bem sucedidos aos parceiros envolvidos, a maioria dos membros não consegue chegar ao ponto de inovação, pois seus relacionamentos não evoluem para uma aliança estratégica integrada da logística. É necessário compreender esses relacionamentos e como é realizada sua gestão, para isso é necessário desenvolver estudos empíricos e mais específicos.

No setor hospitalar o tema alianças entre hospitais possui carências de investigação e estudos empíricos, especialmente sobre a prática concreta do relacionamento, como se formam, estruturam, gerem seus acordos e avaliam seus desempenhos (McCUE; CLEMENT; LUKE, 1999; SONG, 1995; VAVALA, 1994). Raramente, a prática para mudança e implementação de alianças hospitalares são baseadas em teorias e desenvolvidas com planejamento formal de curto, médio e longo prazo, para adaptação e melhoria contínua dos processos, o que dificulta os feedbacks e análises dos resultados, por não ter dados e informações documentados para comparação (SCOTT; THURSTON, 2004).

Yarbrough e Powers (2006) relatam que faltam estudos empíricos no setor hospitalar, para melhor compreender as motivações e gestão das alianças nessas organizações.

Burns e Lee (2008) salientam que a utilização de alianças pelos hospitais é um tema pouco explorado por essas instituições. Segundo os autores uma das razões pode ser que a gestão de aliança tem sido considerada mais tática do que estratégica, deixada para os gestores de nível hierárquico mais baixo, que não possuem poder de decisão. Ou ainda, pelos hospitais considerarem esse tema da área da pesquisa de operações, logística ou engenharia industrial, não sendo da competência e relevância do seu objetivo central. O que não é válido, porque se a instituição quer atingir seu objetivo central, prestar um serviço com melhor desempenho e agregação de valor aos seus usuários internos e externos, precisa inovar, utilizar métodos, técnicas e formas de gestão que auxilie a reduzir custos, reestruturar o trabalho, aumentar a qualidade, flexibilidade e agilidade nos fluxos de materiais e informações, independente da área ou setor que pertence ou predomina (BURNS; LEE, 2008; CONRAD; SHORTELL, 1996; LANGABEER II, 2008).

Rotter *et al.* (2012) abordam que muitos dos pressupostos utilizados para o planejamento de alianças hospitalares não são apresentados de forma clara e muitas vezes são baseados em evidências científicas limitadas ou pobres. As pesquisas existentes não buscam compreender em detalhes como é o relacionamento dessas alianças nesse setor e como são geridas.

Neste contexto, afigura-se útil e valioso considerar pesquisas como essa, que contribuam com o desenvolvimento de novas perspectivas de planejamento e operação na literatura de aliança estratégica, sendo este trabalho com recorte a área de logística, para melhor detalhar e aprofundar sobre este tipo de relacionamento nos fluxos de materiais, medicamentos e informações, e sua rotina na gestão hospitalar.

Vale ressaltar que dado o grau de importância dos hospitais para o bem estar e saúde da população, as várias carências de gestão, escassez de recursos tangíveis e intangíveis que estão ao seu envolvimento, além dos benefícios que o desenvolvimento de alianças entre hospitais podem proporcionar a este ambiente, justifica-se investir na realização de estudos para discutir e ampliar o conhecimento sobre alianças na logística hospitalar, visando aumentar a eficiência e o desempenho dos fluxos de materiais, medicamentos e informações a favor dos pacientes.

A maioria dos estudos relatados na literatura de aliança logística e aliança entre hospitais são de países desenvolvidos, existem poucos estudos de países em desenvolvimento como o Brasil, o que também justifica a pesquisa e sua contribuição acadêmica e prática.

A literatura da área hospitalar apresentou que não há grandes avanços para compreensão das alianças logísticas entre hospitais, o que alavanca as contribuições da presente tese que sistematizou quadros referenciais teóricos e empíricos para um maior conhecimento e orientação no planejamento e operação de alianças logísticas. Desta forma, visou-se contribuir com o corpo de conhecimento de aliança logística e mais especificamente a aliança logística entre hospitais, buscando-se suprir algumas lacunas acadêmicas do setor, tais como: principais características, motivadores, facilitadores, benefícios, dificuldades, e detalhes de planejamento e operação desses relacionamentos no ambiente hospitalar.

No ambiente empírico o estudo apresenta uma sequência de forma simples e didática, para apoiar os gestores a identificar fatores, processos e procedimentos que influenciem no bom desempenho da aliança logística entre hospitais sob um viés mais estratégico.

O estudo espera servir de referencial para discussão sobre alianças logísticas entre hospitais e potencializar uma ação conjunta entre hospitais, empresas, governo e universidades, em prol de uma melhor gestão das unidades e do sistema de saúde como um todo, e uma melhor prestação de serviço à população.

1.4 Estrutura da tese

A tese está organizada em seis capítulos. O introdutório que contextualiza ao leitor o tema pesquisado na tese, abordando o setor foco, suas carências, questão de investigação, o objetivo principal e os secundários, as justificativas, contribuições e a estrutura de apresentação do trabalho.

O segundo capítulo aborda a fundamentação teórica da tese: os principais conceitos de logística, aliança logística; caracterização desses relacionamentos, motivos, facilitadores,

benefícios, dificuldades; processos de planejamento e operação; e exemplos práticos, tanto no ambiente empresarial quanto no hospitalar, para obter maior compreensão e conhecimento sobre o tema.

O terceiro capítulo refere-se às contribuições da revisão de literatura e a sistematização de quadros teóricos de características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades e planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.

O quarto capítulo trata do método de pesquisa, sua caracterização, os aspectos relativos às etapas de pesquisa e os procedimentos adotados na revisão de literatura, seleção dos estudos de caso, técnicas de coleta de dados, tratamento e análise dos resultados, e postura ética adotada.

No capítulo cinco apresenta-se o estudo de casos múltiplos, dividido em: caracterização dos hospitais e respondentes; descrição dos dados e informações coletadas; análise dos resultados dos estudos de caso; e análise para identificação de contribuições aos quadros referenciais teóricos sistematizados.

O sexto e último capítulo aborda as considerações finais da pesquisa, as contribuições, limitações e sugestões para pesquisas futuras.

2 Aliança logística entre hospitais

“A maneira menos atraente de tentar vencer em termos globais é pensar que você pode abraçar o mundo sozinho.”

Jack Welch

Este capítulo aborda a revisão de literatura em sete seções: primeira, os principais conceitos de logística e logística hospitalar para adequar à utilização do termo; segunda, conceitos de aliança logística e aliança logística entre hospitais que nortearam o desenvolvimento do trabalho; terceira, caracterização da aliança logística e aliança logística entre hospitais, para auxiliar a distinguir esse tipo de relacionamento; quarta, os motivos, facilitadores e benefícios da aliança logística e aliança logística hospitalar; quinta, as dificuldades da aliança logística e aliança logística entre hospitais; sexta, abordagens de planejamento e operação da aliança logística e aliança logística hospitalar; e sétima, casos de alianças logísticas no ambiente empresarial e hospitalar.

Vale salientar que a revisão de literatura parte de uma visão abrangente da área de logística e aliança logística sem a determinação e preocupação com o setor de atuação (industrial, varejo, construção civil, mineração etc.), para depois particularizar para área específica do estudo (hospitais), como forma de obter fatores não abordados ou minimizados neste setor, e assim integrá-los e adaptá-los como contribuição ao desenvolvimento do tema no meio acadêmico e empírico.

Para tanto, determinou-se como palavras-chave e *strings* de busca os termos: *logistics alliances; planning of logistics alliances; management of logistics alliances; life cycle logistics alliance; logistics alliances in hospitals and health; strategic alliances in hospital and health; hospital alliances; life cycle hospital alliance; e planning and management of hospital alliances*. Essas palavras-chave deveriam estar presentes no título ou no resumo do artigo, e serem publicados de 1990 a 2014. As bases de dados pesquisadas foram *Web of Science*, *Emerald*, *Scopus* e NCBI – *National Center for Biotechnology Information*.

2.1 Conceitos de logística hospitalar

Segundo Ballou (2006), Bowersox e Daugherty (1995), a logística adiciona valor de lugar, tempo, qualidade e custo, aos produtos e serviços, sendo reconhecida como um fator crítico para obtenção de vantagem competitiva sustentável, o que pode ser um facilitador ou um entrave ao sucesso de uma organização, caso não seja gerida de forma estratégica e integrada.

Christopher (2007) apresenta a logística como processos intra e inter-organizacionais, que envolve a coordenação e gestão dos fluxos críticos de informação, produtos, serviços e finanças, abrangendo funções organizacionais dentro de uma empresa e links para organizações parceiras de uma cadeia logística.

Bowersox e Closs (2009) reforçam que a logística, do ponto de vista estratégico, procura atingir uma qualidade predefinida de serviço ao cliente por meio de uma competência operacional de excelência, que facilite as operações relevantes de compras, produção, distribuição e marketing, equilibrando as expectativas de serviço e os custos totais de modo a alcançar os objetivos da organização. Além de ter uma grande capacidade de resposta ao cliente, controlar desvios de desempenho operacional e minimizar o nível de estoque comprometido, quando bem planejada e integrada.

Para CSCMP - *Council of Supply Chain Management Professionals* (2011), a logística pode ser definida como parte do gerenciamento da cadeia de suprimentos que planeja, implementa e controla de maneira eficiente e eficaz o fluxo físico direto e reverso, bem como serviços e informações associados, que cobre desde o ponto de origem até o ponto de consumo com o objetivo de atender aos requisitos dos clientes.

No hospital, a logística pode ser compreendida como parte do planejamento estratégico, com foco na redução de custos e melhoria contínua da gestão de materiais, visando à qualidade do serviço prestado ao usuário (BLANE, 1990). A logística hospitalar requer a obtenção de respostas rápidas a uma enorme quantidade de questões de planejamento e controle de atividades e recursos de abastecimento e distribuição às áreas de saúde (LAPIERRE; RUIZ, 2007).

Segundo Barbieri e Machline (2009), a logística hospitalar envolve a administração do fluxo de materiais e informações, cobrindo desde os fornecedores até o usuário final, com o objetivo de satisfazer suas necessidades. Carvalho e Ramos (2009) complementam que a logística hospitalar deve ser vista como uma gestão de *trade-offs*, de equilíbrios e de trabalho de fronteiras, para desenvolver consensos, colaboração e integração entre as áreas e legitimidades diferentes, com o intuito de acrescentar valor.

Silva *et al.* (2010) abordam que a logística pode ser compreendida na área hospitalar da forma mais dinâmica possível, tratando da movimentação de materiais, serviços, recursos financeiros, humanos e informações, inter e intraorganizacional, com eficiência e eficácia.

Com base nos conceitos de logística hospitalar supracitados e na definição dada pelo CSCMP (2011) de logística, pode-se sintetizar para melhor compreensão do termo a ser usado

neste estudo, que a logística hospitalar é parte da gestão da cadeia de suprimentos do sistema de saúde, que planeja, implementa e controla de forma eficiente e eficaz os fluxos diretos e reversos de materiais, medicamentos, informações, serviços e pessoas, desde o ponto de origem (fornecedores, laboratórios, distribuidores etc.), passando pelos processos e operações internas (farmácias, ambulatórios, centros cirúrgicos, almoxarifados etc.) até o destino final (paciente). Com o objetivo de agregar valor e privilegiar a visão do paciente.

A logística desempenha um papel estratégico em maior ou menor grau no sucesso de qualquer organização. Pode ser utilizada para o desenvolvimento de relações mais estreitas com os clientes, sua satisfação e fidelização, além do aumento da qualidade dos serviços prestados, redução de custos, maior rentabilidade e vantagem competitiva (BOWERSOX; DAUGHERTY, 1995; DAVIS; MENTZER, 2006; MENTZER; FLINT; HULT, 2001).

De acordo com Yazdanparast, Manuj e Swartz (2011), a área de logística tornou-se foco fundamental para muitas empresas que querem se destacar em superioridade e agregação de valor perante o mercado. Para a obtenção da excelência na área de logística e tendo em vista a melhoria contínua, as organizações estão a utilizar da estratégia de aliança logística. Na próxima seção são abordados os conceitos de aliança logística e o qual foi adotado para nortear o desenvolvimento da tese.

2.2 Aliança logística

Na década de 90 as alianças logísticas estavam se tornando acordos comuns no mundo dos negócios, e promissoras por constituir oportunidades estratégicas de melhorar drasticamente a qualidade do serviço prestado ao cliente (BOWERSOX, 1990).

Chow, Heaver e Henriksson (1995), Stock, Greis e Kasarda (2000) apresentam que a década de 90 emergiu com a necessidade de ampliar os horizontes para toda a cadeia de suprimento, porque somente a visão e gestão interna dos processos não eram suficientes para proporcionar vantagens competitivas sustentáveis e de diferenciação. Era necessário manter relações logísticas mais intensas, integradas e com objetivos comuns, para enfrentar as turbulências e exigências do mercado, e assim minimizar riscos, compartilhar conhecimentos, recursos, competências entre outros fatores.

Mehta *et al.* (2006), Ratten (2004) e Wong *et al.* (2000) reforçam que a proliferação de alianças logísticas ocorreram nas décadas 1990 e 2000, e essas relações podem abranger todo o processo logístico ou algumas atividades logísticas selecionadas dentro desse processo. Os autores acreditam que grande parte dos negócios será realizada com base em ter boas alianças logísticas em todos os tipos de indústrias e setores.

Feng e Xiao (2010) compartilham do ponto de vista que as alianças logísticas vêm ganhando força desde os anos 90, sendo uma importante arma competitiva para qualquer tipo e tamanho de organização.

De acordo com Bowersox (1990), é necessário distinguir uma aliança logística de uma relação tradicional de logística. A aliança logística é uma forte ligação que torna o relacionamento entre os membros, quase uma organização estendida com seu próprio papel, regras, valores e objetivos, sendo um acordo em que as partes procuram beneficiar da sinergia do trabalho em conjunto e fortalecer suas posições competitivas. Diferente da relação tradicional de logística, que predomina a decisão de executar a atividade ou contratar, guiado principalmente pelo menor custo.

Zinn e Parasuraman (1997) acrescentam que a relação tradicional de logística entre compradores e fornecedores, normalmente visa negociar com vários fornecedores e fechar o pedido com o que conceder o melhor preço e combinação de serviço. A interação entre eles é intermitente, restrito para certas fases distintas do processo de aquisição, consideram seu próprio custo e rentabilidade, sem preocupar com a estrutura de custos do outro. As atividades logísticas, geralmente são consideradas mais como um acréscimo do que uma parte integrante e estratégica da relação.

Segundo os autores o relacionamento tradicional de logística não considera que as ações ou demandas da área de logística podem afetar a estrutura de custo um do outro. Por exemplo, se o comprador impõe uma data de entrega, o fornecedor é forçado a usar seu transporte de forma ineficiente, aumentando os custos. Por outro lado, se o fornecedor entrega em atraso, o comprador precisa manter o estoque alto, o que aumenta os custos. Admitindo essa interdependência de custo e benefício entre fornecedor e comprador, as empresas precisam formar alianças logísticas para gerir e minimizar os custos e riscos em conjunto, consolidar ou adquirir posições de mercado e oportunidades.

Daugherty (2011, p. 20) destaca que muitas vezes há mais a ganhar com uma relação de aliança logística de cooperação do que uma abordagem tradicional da logística. A autora aborda que os termos de parceria e aliança logística, às vezes são usados alternadamente, mas vale lembrar que o “foco é mais importante que a terminologia escolhida como um identificador”. Ambos os termos representam um relacionamento de cooperação e compromisso com objetivos comuns, riscos consideráveis e partilha de ganhos entre as empresas.

No trabalho a terminologia a ser utilizada é aliança logística, e para determinar seu conceito a nortear o estudo apresenta-se o Quadro 1, com definições em ordem crescente do ano de publicação dos autores pesquisados durante a revisão de literatura.

Autores/Ano	Conceitos de aliança logística
Bowersox (1990)	É um conjunto especial de organizações, onde os membros se beneficiam da sinergia associada ao trabalho mútuo. Os aliados planejam e traçam objetivos comuns para desenvolver processos logísticos, em parceria e de forma harmoniosa com a área de operação, para obter fluxos de materiais e informações ágeis e flexíveis. As alianças logísticas se caracterizam por alta cooperação, dependência e compartilhamento de benefícios e riscos, com o estabelecimento de regras básicas de execução e procedimentos para resolução de conflitos, antes que ocorram e gerem danos irreversíveis ou que prejudiquem a confiança.
Frankel, Whipple e Frayer (1996)	É um processo em que os parceiros buscam modificar ou adaptar seus processos e práticas logísticas, para reduzir tempo, custos, desperdícios (materiais, movimento, mão de obra etc.), duplicações de tarefas e ao mesmo tempo aumentar a eficiência e eficácia e melhorar seu desempenho global.
Bagchi e Virum (1996, p. 95)	Indica uma relação estreita, formal ou informal de longo prazo entre um cliente e um fornecedor ou um operador logístico, que entrega uma gama de atividades logísticas. As partes consideram um ao outro como parceiro que colaboram na compreensão das necessidades logísticas do cliente, que participam na concepção e desenvolvimento de soluções de logística e mensuração de desempenho, visando um relacionamento de ganha-ganha. Normalmente, as alianças logísticas iniciam-se pelas atividades logísticas de transporte, compras e algumas funções de armazenagem, baseado no desempenho nas fases iniciais, a relação muitas vezes amplia-se para uma verdadeira colaboração englobando todas as atividades logísticas.
Moore (1998, p. 25)	É um acordo de cooperação interfirmas relativamente duradoura entre empresas. Argumenta que a aliança logística exige superar as preocupações sociais de controle sobre as operações de logística e construir confiança e compromisso. O relacionamento de confiança envolve a continuidade a longo prazo, orientação com ambas as partes a cooperar para manter o relacionamento. O compromisso é acreditar que um relacionamento contínuo é tão importante que merece o máximo esforço para mantê-lo e garantir que continue indefinidamente. Desta forma, a confiança e relacionamento de compromisso são elementos importantes no sucesso de aliança logística.
Moore e Cunningham III (1999, p. 105)	Os aspectos chave para definição da aliança logística são: relações entre empresas que têm uma orientação de longo prazo ao invés de uma natureza transacional de curto prazo; comportamentos de cooperação entre as partes, com objetivo comum e partilha de informações, vantagens e desvantagens; os acordos podem variar dependendo dos requisitos de logística, por exemplo, todas as funções de gestão de materiais e distribuição, ou somente a de gestão de estoques.
Cunha (2003, p.140)	[...] “são associações entre empresas, que mantendo a sua individualidade unem-se para obterem ganhos de escala e gerenciar em conjunto produtos e serviços, a partir de sua origem, disponibilizando-os, através da cadeia de suprimento, ao consumidor final, no tempo e lugar certo, ao melhor custo e com qualidade.”
Ying e Yan-Ping (2007)	Refere-se a um tipo de relação coordenada, que é formada por empresas (fornecedor e produtor; centros de distribuição/armazéns e empresas de transporte; produtor e empresas de transporte etc.), que compartilham informações, riscos e benefícios, para atingir um objetivo em comum.
Liu, Lai e Li (2009)	São empresas que mantêm relacionamentos com outras por um período de tempo determinado, unindo uma combinação de competências, para compartilhar instalações de logística, tecnologia, recursos humanos e informações que reduza os custos logísticos, aumente os rendimentos e a vantagem competitiva.
Huang <i>et al.</i> (2011)	Trata-se de duas ou mais empresas que estabelecem parcerias de longo prazo, a fim de realizar objetivos estratégicos específicos, tais como a partilha de recursos, custos, riscos, incertezas e, complementando-se de vantagens estratégicas, para gerar um efeito ganha-ganha.
Córdova <i>et al.</i> (2012)	É uma filosofia que busca a realização de objetivo comum, por meio do apoio de todos os membros de forma organizada, o que proporciona benefícios justos e equitativos a todos.
Sharma e Choudhury (2014)	São relacionamentos de longo prazo e de colaboração, que visam desenvolver em conjunto internamente na empresa ou terceirizar para o provedor de logística, atividades de transporte, serviços de armazenagem, gestão de estoque, informações relacionadas, bem como montagens de produtos ou atividades que não são consideradas principais. Para focar em suas competências essenciais, criar sinergias, adquirir novas habilidades e recursos que não conseguiriam sozinhos.
Smith, Hair Jr. e Ferguson (2014)	São relacionamentos de longo prazo entre empresas, que envolvem a definição de objetivos estratégicos comuns, o desenvolvimento de valor aos clientes, e rentabilidade aos membros.

Quadro 1: Conceitos de aliança logística

Fonte: Elaborado pela autora

Verifica-se no Quadro 1 que os conceitos de alianças logísticas são amplos e não há um consenso definido, mas o conceito a guiar o desenvolvimento do estudo é o do Bowersox

(1990), por apresentar de forma simples e clara a definição, além de tratar de um autor conceituado e respeitado pelo meio acadêmico na área de logística.

Vale destacar que os participantes de uma aliança logística precisam descobrir como equacionar de forma harmoniosa o compartilhamento de informações com suas estratégias ao longo dos fluxos de matérias e informações. Para isso é necessário balancear o uso da tecnologia com o conhecimento humano na tomada de decisão, diagnosticar adequadamente a necessidade dos membros e a tecnologia a ser adotada; combinar as competências de cada um, e investir proativamente em uma cultura de compartilhamento de informações, conhecimento e cooperação (FAWCETT *et al.*, 2007).

A aliança logística pode ser utilizada em maior ou menor grau em qualquer tipo de setor e organização, que possua a gestão e controle de fluxos de materiais, equipamentos, informações e pessoas. Sendo abordada de forma direta, com objetivos bem definidos e declarados a área de logística (por exemplo, negociações para compra conjunta e gestão de estoque e distribuição), ou de forma indireta, com objetivos focados na atividade principal da organização, mas que conseqüentemente atinge ou utiliza-se das atividades de apoio para obter o planejado. Por exemplo, aumentar o nível de qualidade e produtividade na prestação de serviços de um laboratório de análises, é necessário planejar e controlar as atividades dos fluxos de materiais e informações que são utilizados, conseqüentemente aperfeiçoa seu sistema logístico, quanto a custo, agilidade ou flexibilidade. Essa aliança logística de forma indireta é bastante retratada em ambientes de prestação de serviço, como o hospitalar.

2.2.1 Aliança logística entre hospitais

Os autores pesquisados na literatura apresentam o termo alianças hospitalares ou alianças entre hospitais para designar o relacionamento ligado a qualquer área sem distinção, que seja da área médica, atendimento a paciente ou de suprimentos entre outros. Mas, neste estudo, as alianças hospitalares ligadas às atividades dos fluxos de materiais, medicamentos e informações de forma direta ou indireta são entendidas e nomeadas como alianças logísticas.

No setor hospitalar as alianças são mais frequentes entre hospitais, podem ser compreendidas como acordos entre duas ou mais organizações que estão envolvidas em atividades similares ou complementares, que unem seus recursos para conseguir objetivos comuns, de maneira formal ou informal, visando partilhar riscos, recursos e competências, que estão além do alcance de uma única instituição ou de ser realizado no tempo almejado (BURNS; LEE, 2008; CLEMENT *et al.*, 1997; ZUCKERMAN; ANNUNO, 1990).

Novotny, Donahue e Bhalla (2004) apresentam que a aliança entre hospitais é um relacionamento que visa satisfazer os interesses mútuos e objetivos comuns das instituições. Essa configuração de relacionamento permite obter melhores resultados juntas do que seriam capazes de realizar sozinhas, para enfrentar os desafios do sistema de saúde.

Murray e James (2012, p. E17) abordam que as alianças entre hospitais “envolvem a partilha de recursos para alcançar benefícios mutuamente relevantes, sendo formas flexíveis de acessar recursos fora da própria instituição”.

Segundo Chu e Chiang (2013), as alianças entre hospitais são uma das estratégias que está a se destacar na área de saúde, por agregar valor a cada hospital participante e reduzir custos por meio de negociações e aquisições centralizadas. A aliança hospitalar trata-se de dois ou mais hospitais com poucos recursos ou com recursos complementares, que se unem para partilhá-los e atingir suas metas de longo prazo, que seriam impossíveis realizar sozinhos.

A formação de alianças entre hospitais precisa estar relacionada diretamente com o planejamento estratégico do hospital (LEATT; BARNSLEY, 1994), e ser vista como veículo para alcançar tanto objetivos operacionais quanto estratégicos, em nome dos membros envolvidos no relacionamento (CLEMENT *et al.*, 1997).

Leatt e Barnsley (1994) abordam que os hospitais devem buscar desenvolver cada vez mais alianças com outros grupos e organizações, sendo possível uma variedade de relações para compartilhamento de serviços de saúde, no processo de compra de medicamentos e materiais padrões, gestão, programas de pesquisas, redes de agências de saúde entre outros. Os médicos possuem um papel relevante no desenvolvimento e implementação dessas alianças, pois detêm o poder de influenciar a administração do sistema de saúde, e devem advogar em nome de pacientes e sociedade, para garantir que esses novos arranjos organizacionais facilitem os cuidados a saúde.

Zuckerman, Kaluzny e Ricketts (1995) acrescentam que as alianças são uma das alternativas estratégicas para o bom desempenho dos hospitais, que terão que basear-se nas lições identificadas pelas indústrias, para adaptarem e compreenderem o mais rápido possível as mudanças e necessidades dos usuários, visando melhores processos e resultados dos serviços prestado na saúde.

Nelson *et al.* (1999a) destacam que os hospitais públicos precisam redefinir seus papéis e alinhar suas estruturas organizacionais com outras instituições e componentes do

sistema de saúde. Devem planejar estrategicamente como se posicionar para os próximos anos, para não enfrentarem grandes dificuldades de recursos, qualidade e no nível do serviço prestado a população. A aliança é uma expectativa de estratégia a ser investida pelos sistemas de saúde públicos, como objetivo de melhoria da assistência a saúde da sociedade (ZAHNER, 2005).

Mantoura, Gendrone e Potvin (2007) salientam que, dificilmente uma organização hospitalar conseguirá sozinha reunir os conhecimentos, recursos, competências e redes de confiança, necessários para atender a grande variedade de fatores e problemas cada vez mais complexos ligados as questões de saúde pública. A solução é empenhar na construção de alianças locais, por meio de pesquisas, iniciativas de programas de desenvolvimento entre outros.

As alianças hospitalares destacam por grupos de compras, que representam a união de membros para aquisições de abastecimento, e assim desenvolver alianças com fornecedores para minimizar dependências, evitar riscos de mercado e demanda, ganhar influência no ambiente de trabalho e cadeia de suprimento (SCHNELLER; SMELTZER¹, 2006 *apud* BURNS; LEE, 2008). Se essas alianças hospitalares forem vistas além de contratos ou grupos de compras, onde os membros passam a tomar uma atitude favorável à parceria de ganha-ganha, os hospitais podem perceber um significado a mais do que preço de aquisição e ultrapassar as economias dos acordos, tais como resultados intangíveis e de agregação de valor (STRONG, 1995).

Pan e Pokharel (2007) argumentam que a aliança logística é a união entre hospitais ou entre hospitais e fornecedores, com o objetivo comum de aumentar a qualidade e eficiência dos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pacientes, por exemplo: reduzir os níveis de estoque e custos logísticos; melhorar os níveis de serviço prestado aos usuários, por meio de uma gestão de cooperação, política conjunta de gestão de estoque (JIT - *Just in Time*), armazenagem e compra, ou utilização de tecnologias de informação e comunicação interorganizacional.

Apesar de somente os autores Pan e Pokharel (2007) abordarem diretamente o termo alianças logísticas no ambiente hospitalar, os autores supracitados apresentam conceitos e fatores de alianças entre hospitais ligados à atividade de compras e obtenção de recursos que são responsabilidade direta da área de logística, os demais objetivos comuns mesmo que não

¹ SCHNELLER, E. S.; SMELTZER, L. (2006). **Strategic management of health care supply chain**. San Francisco: Jossey Bass.

sejam declarados a logística influenciam indiretamente no desempenho de seus fluxos de materiais, medicamentos e informações.

Nesse sentido, o conceito de aliança logística em hospitais a nortear a pesquisa é a de Pan e Pokharel (2007), com foco apenas nas relações entre hospitais para a promoção de um sistema logístico mais eficiente e eficaz.

2.3 Caracterização da aliança logística

Bowersox (1990) apresenta que a aliança logística visa uma forma inovadora dos membros misturarem suas operações para obter benefícios mútuos, tendo como características específicas: traçar objetivos comuns para desenvolver fluxos de materiais e informações mais ágeis e flexíveis; há necessidade de confiança, cooperação, partilha de benefícios e riscos; a relação tende a durar de cinco anos a mais, e muitas funcionam de maneira informal, sendo mais comum de ocorrer com a atividade de transporte e compras.

O autor aborda que nas alianças logísticas os membros geralmente assumem maior risco através de um acordo que pedem uma punição, como a redução automática da receita, quando o desempenho é inferior ao especificado. Por outro lado, tendem a incluir recompensas para um desempenho superior, como um percentual maior de ganho, quando o compromisso é realizado como o combinado.

Bagchi e Virum (1996) caracterizam as alianças logísticas como relações estreitas de ganha-ganha, que permanecem independentes organizacionalmente, podem ser formal ou informal; de longo prazo, onde os membros cooperam entre si para desenvolverem soluções logísticas e obterem melhores resultados competitivos.

Gentry (1996) determina como requisitos para as alianças logísticas o compromisso de longo prazo, compartilhamento de informações (operacionais, táticas e estratégicas), com comunicação transparente, relação de cooperação visando à melhoria contínua, partilha de riscos e benefícios.

Stank e Daugherty (1997) argumentam que relações de aliança logística se caracterizam sob cinco dimensões chave: primeira assistência, os aliados se relacionam de forma a ajudar uns aos outros além de um nível mínimo de conduta e operações básica de mercado; segunda continuidade, os aliados se relacionam durante longos períodos sem data para finalizar a aliança logística; terceira flexibilidade, os aliados são flexíveis perante solicitações imprevistas de ajustes na relação; quarta intercâmbio de informações, a troca de informações são elevadas, inclui previsão e planejamento de longo prazo; e quinta

monitoramento, os aliados se fiscalizam e comprometem a assegurar desempenho ganha-ganha durante a execução da aliança logística. Os autores acrescentam que esse tipo de relacionamento se constrói em longo prazo, sendo fundamental entre os membros a confiança e o planejamento integrado colaborativo para obtenção de bons resultados e sucesso futuro.

Segundo Kopczak (1997), as alianças logísticas se caracterizam por reestruturarem sua cadeia de suprimento, que são mudanças significativas na sua estrutura, tais como: mudança na estrutura do armazém (número de camadas, depósitos, eliminação de pontos de estocagem etc.); transferência de atividades entre os níveis; redistribuição de estoque entre as camadas; mudanças significativas na rede de transporte, pontos de consolidação, de papéis e responsabilidades entre os membros envolvidos na aliança logística.

Moore (1998) salienta que as alianças logísticas são caracterizadas pelo grande compartilhamento de informações, e são diferenciadas porque muitos membros envolvidos são de diferentes extremidades da cadeia de valor. Os elementos importantes para que dêem certo é a confiança e o relacionamento de compromisso ganha-ganha. O compromisso e a eficácia do relacionamento são influenciados mais por resultados negativos associados aos conflitos do que por resultados positivos associados à confiança. Destaca que o intercâmbio de informação e comunicação estratégicas e operacionais é fundamental para o bom desempenho e união das alianças logísticas, o que deve contribuir para um menor nível de conflito, e quanto maior a troca de informação, maior deve ser a confiança e o compromisso.

O autor aborda alguns aspectos-chave de uma aliança logística, tais como: ter um relacionamento de longo prazo em vez de curto com orientação transacional, o que exige compromisso entre os membros; exibir comportamentos de cooperação entre as partes, o que envolve partilha mútua de informações, benefícios e riscos; conhecer os requisitos da área de logística dos parceiros, pois os detalhes de uma aliança logística podem variar muito dependendo deles.

De acordo Bhatnagar e Viswanathan (2000), as alianças logísticas podem ser caracterizadas por possuir uma visão de longo prazo, ser realizadas por meio de um contrato comercial em que as partes buscam contribuir para os fatores críticos de sucesso um do outro, beneficiar da sinergia e competências do trabalho em conjunto, resultando em melhor custo, qualidade e prestação de serviço ao cliente. Outra característica é a concentração em um relacionamento contínuo ao invés de uma série de transações individuais, o que gera um alto grau de dependência e estimula ainda mais a cooperação. Para ser considerada como uma aliança logística, o relacionamento deve produzir custos-benefícios para os membros

envolvidos, e utilizar a competência de cada um para melhorar a posição competitiva ou seu desempenho perante o mercado.

No Quadro 2, Ying e Yan-Ping (2007) apresentam as características de alianças logísticas e parceria tradicional de logística, para auxiliar na diferenciação e compreensão de expectativas e objetivos dos futuros aliados.

Pontos de comparação	Aliança logística	Parceria tradicional de logística
Serviços logísticos	Adaptado ao parceiro	Não adaptado ao parceiro
Relacionamento	Cooperação ganha-ganha	Zero a zero ou ganha-perde
Seleção do parceiro	Avaliação com base no desempenho em longo prazo, performance e habilidade.	Princípio competitivo com base no preço.
Gestão da capacidade logística	Cooperativo	Independente
Duração da parceria	Manter a parceria o maior tempo possível (longo prazo)	De 1 ano a 2 anos
Gestão da parceria	Entre departamentos multifuncionais	Apenas um departamento funcional
Informação e comunicação	Participativo e com clareza.	Fechado sem participação

Quadro 2: Comparação das características de aliança logística e parceria tradicional de logística

Fonte: Ying; Yan-Ping (2007, p. 948)

Observa-se que na aliança logística o serviço logístico é adaptado ao parceiro, com relacionamento de cooperação ganha-ganha, seleção do parceiro com base em seu desempenho e habilidades, gestão da capacidade logística de forma cooperativa no longo prazo, com auxílio e integração dos departamentos multifuncionais, a informação e comunicação é clara e participativa. Enquanto na parceria ou relacionamento tradicional da logística é o inverso, visa o benefício próprio sem preocupar se o parceiro esta sendo prejudicado.

Huang *et al.* (2011) destacam como características das alianças logísticas, desenvolver objetivos e metas comuns com relação de longo prazo, mais com independência organizacional, partilha de recursos tangíveis e intangíveis, bem como riscos e benefícios, com foco em um relacionamento ganha-ganha.

Schmoltzi e Wallenburg (2012) abordam dois aspectos importantes que determinam uma aliança logística, que são: compromisso de cooperação - representa o estágio mais elevado de ligação relacional, que visa manter um relacionamento valorizado, devido a benefícios positivos esperados no futuro ou a identificação com objetivos e valores coletivos; e a eficácia da cooperação - refere-se a mensurar o sucesso da parceria em relação aos resultados obtidos e os objetivos definidos.

2.3.1 Caracterização da aliança logística entre hospitais

As alianças hospitalares ocorrerem com mais frequência entre hospitais que possuem objetivos comuns, para obter benefícios, competências e recursos que não conseguiriam sozinhos (CHU; CHIANG, 2013; CLEMENT *et al.*, 1997; ZUCKERMAN; ANNUNO, 1990). Essas alianças podem ser horizontais, que são acordos entre hospitais do mesmo nível de complexidade, e verticais que são acordos entre hospitais de diferentes níveis de complexidade (BURNS *et al.*, 2000).

Cardwell e Bolon (1996) apresentam como características da aliança hospitalar a adesão seletiva, que visa adicionar valor para cada hospital, ou seja, cada membro contribuirá com algum serviço ou recurso especial para tornar o relacionamento mais forte. Se essa seleção for eficaz, pode posicionar o hospital no centro de uma rede integrada de saúde em que a aliança ou a rede menor, é maior do que a soma das partes, o que vem proporcionar oportunidades de sinergia e partilha de riscos em um ambiente tão turbulento como o da saúde.

Segundo Leatt e Barnsley (1994), há seis características que marcam a estrutura das alianças hospitalares, destacando-a como um arranjo flexível: (1) coordenação: os serviços e programas de saúde podem variar de intensidade dependendo da situação, por exemplo, um sistema de encaminhamento entre os hospitais para pacientes que necessitam de procedimentos específicos, depois de realizado pode necessitar de pouco contato ou coordenação; (2) formalização: pode exigir contratos legais ou pelo menos um acordo por escrito, ou mecanismos informais que podem ser realizado com um aperto de mão ou um acordo verbal entre pessoas envolvidas; (3) risco: como em qualquer organização há riscos, tendo variação para o sucesso ou o fracasso da articulação dos processos, serviços e programas de saúde, que estão à mercê do mercado e políticas públicas de regulamentação da saúde. Os membros ponderam e partilham esses riscos e benefícios; (4) obrigações: pode variar dependendo dos diferentes recursos que as organizações podem oferecer e compartilhar (exemplo, recursos financeiros, humano, espaço, tempo e tecnologia). Alianças entre instituições com diferentes ou complementares recursos, podem ser melhor e mais atraente; (5) assimetria: pode haver mais envolvimento e contribuições de alguns parceiros do que de outros, os motivos são os mais variados (tamanhos das organizações, recursos disponibilizados, comprometimento com os objetivos comuns, valores etc.). Tal assimetria pode gerar consequências desiguais, como resultar na dominância de uma ou mais organizações, uma distribuição desigual de poder e controle sobre as operações da aliança

hospitalar; (6) centralidade: os acordos variam conforme a importância que a organização de a sua missão. Quanto mais centralizado no empreendimento for a organização, mais se fazem necessários acordos formalizados e maiores os riscos.

Novotny, Donahue e Bhalla (2004) salientam que as alianças hospitalares são arranjos mais flexíveis, com governança bilateral, variação de grau de formalização em que as partes tomam sobre si compromissos recíprocos. Morrissey (2014) reforça que este tipo de relação permite o hospital unir forças sem perder sua governança e a administração de suas próprias operações permanentes.

Apesar de não encontrar uma ampla gama de autores que apresentem características que determinem as alianças hospitalares, é possível verificar que existe certo grau de estruturação, coordenação e governança que a diferencie de outros tipos de arranjos organizacionais, sendo um relacionamento mais flexível. A literatura pesquisada não tratou ou utilizou o termo especificamente das características de uma aliança logística entre hospitais, mas como o relacionamento foca na união ou partilha de recursos, capacidades, competências, benefícios e riscos, consequentemente de forma indireta vai influenciar no sistema logístico do hospital.

2.4 Motivos, facilitadores e benefícios da aliança logística

Durante pesquisa na literatura observa-se que os artigos que contemplam o tema aliança logística em seu todo ou em alguma seção do mesmo, apresentam com base em estudos de aliança estratégica. Os autores realizam recortes dos motivos, facilitadores e benefícios de alianças estratégicas para a área de logística e outras correlacionadas. Alguns desses fatores genéricos adaptam-se a qualquer área e setor sem distinção, tais como: os motivos de desenvolver ou obter tecnologias e inovações, cabem para impulsionar a área comercial/vendas, pesquisa e desenvolvimento, logística entre outras. Assim como os setores da indústria, varejo, militar, aeronáutico, hospitalar entre outros, como se pode ver no decorrer da seção.

Beverland e Bretherton (2001) abordam que os motivos chave para formar alianças estratégicas são: estratégia pró-ativa em favor a administração para reduzir incertezas ambientais; dependência de recursos; oferecer aos clientes um leque de serviços superior e completo; obter novas oportunidades, tecnologias, conhecimentos, habilidades e técnicas de produção, gestão e controle; acessar novos mercados entre outros.

Kale e Singh (2009) destacam que devido a crescente concorrência, alta taxa de mudanças tecnológicas e descontinuidade dentro das empresas, desenvolver alianças é uma estratégia que está sendo bastante utilizada, independente da área e setor, para obter novos recursos, competências, entrar em mercados, minimizar riscos e investimentos.

Os motivos para desenvolvimento de uma aliança estratégica dependem das prioridades da organização e áreas foco de crescimento, seja redução do tempo de comercialização, de novas tecnologias para auxiliar no controle de inventários ou distribuição física para novos mercados. Há uma mistura de motivos que impulsiona a formação da aliança, que pode mudar continuamente devido maior integração, espírito do trabalho em equipe, mudanças ambientais, ou se o relacionamento está sendo bem sucedido ao longo do tempo (DODOUROVA, 2009).

De acordo com Lowensberg (2010), a motivação para entrar em uma aliança não está puramente ligada a fatores financeiros e estratégicos, gestores estão conscientes que os motivos são multifacetados e de natureza complexa, o que os torna mais difíceis de serem identificados e rastreados. No entanto, os argumentos mais citados para a formação de uma aliança são economias de custos de transação, aquisição de conhecimentos técnicos ou de produtos, expansão de mercado, gestão de competição, superação de barreiras governamentais, dependência de recursos, acesso a novas fontes de crescimento entre outros. O que verifica que essas alianças não precisam ser restritamente estratégicas, mas pode ser com foco tático ou operacional.

Solesvik e Westhead (2010) destacam que as razões para formar uma aliança estratégica são: redução dos custos de transação, necessidades de recursos, foco estratégico como aumentar posição competitiva da empresa perante o mercado, objetivos de aprendizagem, redução de riscos, entrada em novos mercados, vantagem do pioneirismo e de desenvolver novas competências.

Siew-Phaik, Downe e Sambasivan (2013) argumentam que os motivos para escolha de desenvolvimento de uma aliança estratégica são interdependência entre os parceiros, possibilidade de maior flexibilidade organizacional, busca de recursos complementares, recursos específicos de ativos, capacidade de se adaptar as alterações do ambiente (concorrência global, inovações tecnológicas e incertezas do negócio), pois quanto mais complexo e dinâmico for, mais fortes serão os motivos de se aderir a uma aliança.

Jianmim (2010:719) apresenta por meio de uma análise estatística de 158 alianças estratégicas, que as principais motivações para formar essa relação com foco na área de logística, foram: 89% melhorar a taxa de utilização de recursos; 80% necessidade de recursos complementares para criar oportunidades de mercado; 73% ampliar a quota do mercado existente; 71% explorar novos mercados; 56% obter as habilidades e experiências de outras empresas para um novo negócio; 53% atingir vantagem competitiva local; 46% aprender habilidades e tecnologias das empresas mais experientes; 42% compartilhar a influência da marca; 41% obter a contribuição única feita por um parceiro. Os resultados da pesquisa vão de encontro com os estudos de motivos para alianças estratégicas no geral, com diferenças da importância dos fatores.

Sharma e Choudhury (2014) acrescentam que as razões mais relevantes para formação de alianças estratégicas na área de logística são: tecnológicas, por envolver o desenvolvimento conjunto de produtos, compartilhamento de tecnologia e inovação; financeiras, por reduzir custos e gerar bons lucros; e estratégicas, por criar novas oportunidades de mercado e vantagem competitiva sustentável em longo prazo. Destacam que as organizações que desenvolvem de forma geral, alianças estratégicas bem sucedidas contribuem para o crescimento econômico da região onde operam, e a possibilidade de criar inovações e agregar maior valor aos produtos e serviços prestados, tendem a elevar a imagem das empresas envolvidas.

Os motivos apresentados por Jianmim (2010), Sharma e Choudhury (2014), que visam especificamente à área de logística, não se distanciam dos abordados pelos autores que baseiam na literatura de alianças estratégicas para depois tratarem da área de logística. Pode-se deduzir que a motivação para desenvolvimento de alianças estratégicas pode ser recortada ou adaptada ao contexto de cada área, necessidade ou expectativa de uma organização, e estar relacionados a razões ambientais, estratégicas, operacionais, financeiras, tecnológicas, de conhecimento e aprendizagem entre outras.

Segundo Dodourova (2009), para as motivações de desenvolver alianças estratégicas obterem êxito, há alguns facilitadores ou fatores que auxiliam na sua condução, tais como: boa coordenação e comunicação, o compromisso com o relacionamento e a boa relação de trabalho entre equipes. O trabalho em equipe auxilia a construir os valores e regras necessárias a ancorar o relacionamento nos respectivos processos de valores dos membros.

Daugherty (2011), Whipple e Frankel (2000) destacam como facilitadores ao desenvolvimento de uma aliança estratégica e aliança logística: objetivos e metas claras;

confiança; compartilhamento de informações operacionais, táticas e estratégicas; apoio da alta administração; funções bem definidas e especificadas; compatibilidade com o aliando; regras e disposições de saída do relacionamento.

Corso, Silva e Sandrini (2005) relatam como facilitadores nesse processo a predisposição das partes envolvidas em atingir objetivos comuns, em integrar de forma transparente e direta as informações e processos, deixar bem definido as metas e estratégias, e confiança entre os membros. A confiança, a flexibilidade e reciprocidade na troca de recursos e informações entre os aliados são fundamentais na promoção do bom desempenho da relação (ROSSI; PÓVOA, 2008). Sendo que o sistema de informação e comunicação precisa ser eficaz, com mecanismos de governança e resolução de conflitos bem especificados, recomendando-se também como facilitador uma organização mediadora no processo de formação e gestão da aliança (TSAI; DING; RICE, 2008).

Bayraltar *et al.* (2008) apresentam que a troca rápida de informação é um ponto chave para o sucesso da aliança logística, e os avanços na tecnologia de informação e comunicação vêm ajudar as organizações a obter esse facilitador no relacionamento, e a cumprir a missão da logística de dispor o produto certo, no momento certo, no lugar certo, com qualidade e ao menor custo possível.

O desenvolvimento de alianças estratégicas é proeminente do mundo empresarial contemporâneo, caso sejam bem sucedidas podem proporcionar facilidade para entrada em novos mercados, desenvolvimento de produtos e serviços inovadores, compartilhamento de riscos, recursos e competências, redução de custos entre outros (DAS; KUMAR, 2011).

Sambasivan *et al.* (2013) complementam que os benefícios resultantes da aliança estratégica são de facilidade de expansão para mercados desconhecidos, alcançar ou garantir vantagens competitivas, aquisições de recursos e competências, redução e partilha de riscos, custos e tecnologia.

Os benefícios promovidos pelas alianças logísticas não fogem a regra, estão relacionados à redução de custos, confiabilidade da quantidade e qualidade, flexibilidade de lugar e tempo entre seus membros, além de permitirem que utilizem a competência do parceiro para melhorar a sua posição no mercado, partilhar riscos, investimentos e agregar valor perante o cliente (BOWERSOX, 1990).

Bagchi e Virum (1996) destacam que os ganhos mais importantes de uma gestão conjunta de uma aliança logística é desenvolver uma organização de aprendizagem que seja capaz de manter o processo de melhoria contínua e vantagem competitiva sustentável.

Moore (1998) aborda como benefícios do desenvolvimento das alianças logísticas disponibilidade ágil de produtos e serviços, transferência de riscos financeiros, melhora da qualidade, produtividade e redução de custos. Ao alcançar esses resultados os membros tendem a aumentar o compromisso e reduzir o nível de conflito na relação.

Bhatnagar e Viswanathan (2000) e McMullan (1996) salientam que há estudos que identificam como alguns dos principais benefícios às empresas que utilizam de alianças logísticas: redução nos custos, melhores níveis de serviço, foco em atividades essenciais, capital de conservação, maior flexibilidade e capacidade de resposta, rápida entrada e saída de mercados, redução dos tempos de ciclo de negócios, coordenação e agilidade de comunicação.

As alianças logísticas junto à utilização de sistemas de informações e comunicação interorganizacionais avançados tem proporcionado vantagens competitivas para as empresas, redução dos custos logísticos, segurança e fidelização dos clientes (WOO; HSU; WU, 2001).

Ratten (2004) apresenta que os benefícios das alianças logísticas são acesso mais fácil a um mercado internacional, aprendizagem de assimilar novos conhecimentos com base na experiência dos membros (troca de *know-how*), redução dos riscos na cadeia de suprimento e informações sobre um determinado recurso ou tecnologia. Além de reduzir custos de produtos, serviços e tempo para o mercado, melhora a qualidade e o serviço prestado ao cliente entre outros (DAUGHERTY, 2011).

Córdova *et al.* (2012:183) abordam que o desenvolvimento de alianças estratégicas com foco em serviços de logística “cria oportunidades de inovação, economia, incentiva os parceiros a desenvolver mecanismos para melhorar a sua produtividade e desempenho perante o mercado”.

Verifica-se com base nos autores supracitados que o significado ou o reconhecimento de benefícios adquiridos por meio de uma aliança estratégica ou aliança logística, podem variar de organização para organização dependendo do sistema de valores que utilizam, percepção de ganhos mensurados e do contexto que está inserida. Pois cada autor cita um viés de benefícios, o que representa uma perspectiva diferente de ver os resultados de uma aliança apesar de estarem bem próximos.

2.4.1 Motivos, facilitadores e benefícios da aliança logística entre hospitais

Os hospitais desenvolvem alianças com o intuito de adicionar maior valor e qualidade aos serviços prestados, criar oportunidades, novos serviços (NELSON *et al.*, 1999b), oferecer serviços clínicos completos, compartilhar recursos caros (BEVERLAND; BRETHERTON, 2001), trocar informações e competências (YOUNG *et al.*, 2001).

Yarbrough e Powers (2006) abordam que a falta de recursos nas organizações de saúde tem sido consideradas como uma das principais causas para o desenvolvimento de alianças entre os hospitais. Essas alianças são uma estratégia comum no meio empresarial, utilizadas para adaptar as rápidas mudanças tecnológicas, turbulências e competitividade do ambiente, atingir metas, obter recursos e competências suplementares ou complementares entre outros. Assim o ambiente hospitalar, que é complexo e dinâmico está sendo vista como uma oportunidade para enfrentar a escassez da força de trabalho, deterioração das instalações, obsolescência dos equipamentos entre outros.

Lu, Tsai e Liu (2011) acrescentam que os motivos que impulsionam a formação de alianças entre hospitais são a combinação de competências para sobreviver à dinâmica do ambiente, modernizar a estrutura hospitalar, ganhar em economia de escala por meio de compra conjunta, aumentar o nível de qualidade do serviço prestado, promover a boa prática hospitalar, compartilhar recursos e instalações, gerir recursos humanos e acadêmicos.

Bernardo, Valls e Casadesus (2012) apresentam que os motivos para desenvolver aliança entre hospitais são: partilhar recursos humanos, por possuir pessoal insuficiente; obter treinamentos ou capacitação dos profissionais; promover a colaboração entre departamentos específicos ou unidades em relação a tecnologias de informação e comunicação; reduzir o número de transferências de pacientes dos centros de cuidados primários, hospitais de Nível 1 e 2, para os hospitais de Nível 3 e 4, para não onerar o sistema; compartilhar informações e conhecimentos médicos, com o auxílio da telemedicina e teleassistência entre outros.

Morrissey (2014) reforça a iniciativa em desenvolver aliança entre hospitais para construir e partilhar avanços na tecnologia de informações, gerando a capacidade de telemedicinas, mineração e análise de dados, que agreguem valor a população.

De acordo com Chu e Chiang (2013:625), os motivos para formar e desenvolver aliança entre hospitais são os mais diversificados, mas quando os hospitais são confrontados pela incerteza, problemas complexos, financeiros e rápidas mudanças em seus ambientes operacionais, utilizam-se dessa estratégia para minimizá-los ou resolvê-los.

Na maioria das vezes a motivação principal da aliança entre hospitais é de potencializar economias de escala, ganhar por meio de grandes negociações de suprimentos, para isso agregam suas compras, especialmente os itens de *commodities* e farmacêuticos (BURNS; LEE, 2008).

Gnanlet e Choi (2014) complementam que para aliviar os custos de saúde, os hospitais grandes fazem alianças com distribuidores principais do mercado, com o intuito de ganhar em economia de escala, reduzir o número de transações em sua cadeia de suprimentos e aproveitar da alta tecnologia colaborativa para acelerar as entregas. Já os hospitais pequenos desenvolvem alianças com outros hospitais do mesmo porte e da região, para juntarem a demanda de produtos médicos e fármacos, e assim comprar de um distribuidor chave para ganhar descontos de quantidade e obter entregas rápidas e confiáveis.

Os facilitadores que influenciam que as alianças entre hospitais tenham bons resultados, com foco direto ou indireto na área de logística, são:

- garantir que o trabalho e as formas de se relacionar sejam efetivamente compreendidas, com comunicação e apoio aberto entre e dentro dos hospitais aliados (HACKETT, 1996);
- comprometer cooperação entre os membros; desenvolver objetivos comuns, sistemas de informação e gerencial integrado; conhecer a comunidade ou região que compartilharam; ter confiança e história de trabalho em conjunto (NELSON *et al.*, 1999a);
- ter confiança entre os parceiros, origens semelhantes, transparência de informações operacionais e estratégicas; realizar eventos anuais para reforçar e integrar a equipe (LU; TSAI; LIU, 2011);
- obter sistema de tecnologia da informação e comunicação, que disponibilize de forma rápida e transparente as informações, estratégias, metas e desempenho da aliança (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012; PAN; POKHAREL, 2007);
- desenvolver motivação e espírito de colaboração da equipe (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012);
- ter uma política de incentivo do governo para desenvolver alianças entre hospitais, para contenção de custos e aumento da qualidade (CHU; CHIANG, 2013).

As alianças entre hospitais promovem diversos benefícios, tais como: suprir lacunas de recursos; obter flexibilidade em oferecer ou desenvolver novos serviços com agregação de

valor ao usuário; assegurar acesso rápido ao atendimento; mais pacotes de serviços de cuidados a saúde de baixa a alta complexidade; retornar a sua independência organizacional assim que achar viável; acessar ou desenvolver inovação tecnológica e pesquisas; partilhar despesas por meio de aquisição conjunta e compartilhar de experiências úteis para a gestão do dia a dia (HACKETT, 1996).

Outros benefícios obtidos com o bom desempenho da aliança entre hospitalais são: redução de custos totais (CARDWELL; BOLON, 1996; CLEMENT *et al.*, 1997; LEATT; BARNSELY, 1994; SONG, 1995; ZUCKERMAN, KALUZNY, 1991), compartilhamento de pessoal, recursos, capital e equipamentos caros sem perder o controle político; (CARDWELL; BOLON, 1996; PEREGRINE, 1997; SONG, 1995); ganhos em agilidade e flexibilidade dos fluxos, processos e serviços (CARDWELL; BOLON, 1996; SONG, 1995); otimização da distribuição, armazenagem e movimentação nos fluxos de materiais e informações (JARRETT, 1998; SONG, 1995); eliminação de duplicação de processos e serviços de atendimento; obtenção de economia de escala (CARDWELL; BOLON, 1996; CLEMENT *et al.*, 1997; PEREGRINE, 1997; ZUCKERMAN; ANNUNO, 1990); contribuição com a rentabilidade e sobrevivência do hospital; maior poder de negociação; melhor coordenação de assistência ao paciente; melhor qualidade do serviço prestado e impacto na região de atuação (CLEMENT *et al.*, 1997); fortalecimento da posição de qualidade perante o mercado; redução do grau de riscos e investimentos (CARDWELL; BOLON, 1996; McCUE; CLEMENT; LUKE, 1999; SONG, 1995).

Burns e Lee (2008) salientam que as alianças entre hospitalais reduzem custos de transação, de cuidados de saúde por meio da redução do preço produto, aumenta a receita através de descontos e dividendos, permitem progressos operacionais, melhora a aprendizagem organizacional e de inovação, compartilha informações e acesso a serviços de consultoria entre outros. Além de alguns benefícios emergentes, como segurança do paciente, avaliação de tecnologia clínica, revisão das tecnologias de ponta, *networking*, *status*, partilha de boas práticas entre outros.

Lu, Tsai e Liu (2011) argumentam que entre diversos resultados positivos de se formar alianças entre hospitalais, destacam-se: a combinação de forças e competência de cada membro; possibilidade de aumentar a capacidade de prestar cuidados de saúde de primeira linha; viabilidade de modernização da estrutura dos hospitais; promoção de boa prática hospitalar/médica, economia de escala por meio de compras em conjunto, aquisição de

equipamentos sofisticados, estabelecimento de uma boa reputação, implementação de melhores práticas de gestão com independência administrativa e financeira entre outros.

Segundo Mccutchen Jr., Swamidass e Teng (2008), as alianças são de extrema relevância as organizações da área hospitalar, por permitir obter e desenvolver produtos inovadores, serviços de saúde com maior qualidade e eficiência, expandir a cobertura de mercado, ganhar em economia de escala, reduzir os riscos e custos de investimentos, aprender novas habilidades e tecnologias, compartilhar recursos, reduzir barreiras comerciais e legais entre outros.

Trinh, Begun e Luke (2010) complementam que alianças entre hospitais próximos ou da mesma região proporcionam ganhos de eficiência operacional e financeira, melhora o desempenho de qualidade do sistema local de saúde e satisfação dos pacientes.

Bernardo, Valls e Casadesus (2012) apresentam que as alianças entre hospitais permitem obter redução de custos logísticos, tais como de transações, materiais e medicamentos, transporte de pacientes e internações; melhorar o nível de qualidade dos serviços, diagnósticos e tratamentos prestados aos usuários; auxiliar em uma melhor gestão hospitalar e *benchmarking*; aumentar a flexibilidade dos profissionais de saúde conseguirem um bom relacionamento e acolhimento com os pacientes entre outros.

Os hospitais em alianças se beneficiam do compartilhamento e união dos recursos, partilha de riscos, compra coletiva para ganho em escala, troca de conhecimento e recursos humanos, fortalecimento da posição de cada membro por meio da eliminação de serviços e operações duplicadas, redução de custos, melhora da tecnologia médica e a qualidade do atendimento ao paciente, maiores receitas e eficiência de modo geral. Os autores salientam que “as alianças estratégicas representam um fenômeno crescente no setor de saúde, assim como em outras indústrias.” (CHU; CHIANG, 2013, p. 625).

Morrissey (2014) aborda que os hospitais perceberam que unir-se em alianças é melhor que prosseguir sozinhos, para obter benefícios de escala, partilha de tecnologia da informação, dados e informações valiosas.

De acordo com Burt (2006), Pan e Pokharel (2007), o desenvolvimento de alianças com foco na área de logística hospitalar está sendo vista com viés estratégico, que pode alavancar conhecimentos, melhorar os fluxos de materiais, informações e níveis de serviço, o que proporciona diversos benefícios desde a sala cirúrgica, gestão farmacêutica, de estoque,

armazenagem, lavanderia entre outras áreas, até pacientes mais satisfeitos, fluxos de trabalhos mais eficientes para os funcionários do hospital, fornecedores e demais parceiros.

Wen, Peng e Tong (2013) destacam que por meio das alianças entre hospitais com fornecedores é possível gerar um fluxo de suprimentos perfeito, os hospitais podem obter uma fonte de alimentação estável, reduzir o custo de aquisição, encurtar o tempo de resposta e melhorar o desempenho para o usuário.

Na literatura do setor hospitalar, os autores baseiam-se em estudos de alianças entre hospitais, para apresentar os motivos, facilitadores e benefícios que este tipo de relacionamento pode proporcionar as instituições de forma holística ou a uma determinada área. Como no caso do estudo que visa à área de logística hospitalar, o desenvolvimento de aliança mesmo com foco indireto (ou direto) nessa área, promove influência positiva em maior ou menor grau nos fluxos de materiais, medicamentos e informações do sistema logístico do hospital, do ponto de vista de custo, quantidade, qualidade, lugar e tempo.

2.5 Dificuldades e desafios da aliança logística

De acordo com Kale e Singh (2009), apesar dos diversos benefícios obtidos com as alianças estratégicas há um paradoxo, que frequentemente deixam de colher os benefícios esperados pela maioria desses relacionamentos. Os desafios que os gestores precisam enfrentar são os de aprender a gerenciar novos tipos de alianças estratégicas, de gerar valor incremental aos membros envolvidos, implementar processos para aprender e acumular *know-how* na relação. Sendo que os esforços sustentados para incorporar e construir uma capacidade de gestão de aliança eficaz dentro da empresa pode levar entre 5 a 10 anos.

Schreiner, Kale e Corsten (2009) reforçam que as habilidades para lidar com a coordenação, comunicação e problemas de ligação entre os membros são dificuldades em qualquer aliança estratégica, sendo os mais importantes fatores no período de pós-formação para gestão e sucesso do relacionamento. Para Dodourova (2009), os pontos mais críticos são as questões culturais, confiança e conflitos de interesses entre os parceiros, ocasionados pelos objetivos e formas de avaliação dos resultados não estarem bem definidos e declarados.

As alianças estratégicas são entidades instáveis, os membros estão em um estado de interdependência que pode ser um precursor de potenciais conflitos. A questão crítica é a maneira como os parceiros planejam e gerenciam essa interdependência entre eles, que precisa ser negociada e ajustada de forma adequada às estratégias de cada membro e da aliança estratégica (DAS; KUMAR, 2011).

Na aliança logística um dos desafios a ser enfrentado é a resistência natural das pessoas à mudança, é normal ter os confrontos de cultura organizacional e estilos de operação entre os funcionários das empresas, quando começam a trabalhar em conjunto na busca de objetivos comuns. A partilha de informações estratégicas e o desenvolvimento de confiança são pontos críticos, que requer dos aliados terem mente e portas abertas, o que não é fácil devido à contradição de suas tradições (BOWERSOX, 1990).

Moore e Cunningham III (1999) compartilham que a construção de confiança e a relação de compromisso são cruciais para o desenvolvimento de alianças logísticas bem sucedidas.

Bhatnagar e Viswanathan (2000) argumentam que uma das dificuldades para o sucesso da aliança logística é a partilha de informações e confiança entre os parceiros, que servirão de ajustamento e ligação para manter os empreendimentos unidos. Quanto mais o acordo de cooperação for de ganha-ganha, mais reforça a necessidade de confiança entre as partes.

Segundo Simatupang e Sridhara (2002), as dificuldades das alianças logísticas são as em gerir e coordenar organizações independentes, para que juntas trabalhem em busca de um objetivo comum em um mercado de constantes mudanças e turbulências. Além de enfrentarem a incompatibilidade de culturas organizacionais, sistema de valores e heterogeneidade de contextos organizacionais; altos custos para participar de um sistema de informação e comunicação interorganizacional (KETCHEN *et al.*, 2008; TRKMAN *et al.*, 2007); e falta de confiança para compartilhar informações estratégicas, que podem melhorar as tomadas de decisões (FAWCETT *et al.*, 2008).

Büyüközkan, Feyzioglu e Nebol (2008) salientam que os desafios mais citados que levam ao fracasso de uma aliança logística são: incompatibilidade dos parceiros (cultura e valores); não estabelecerem objetivos compatíveis; comunicação ineficiente; e falta de um laço de credibilidade, que levam a problemas intransponíveis.

Siew-Phaik, Downe e Sambasivan (2013) abordam que o capital relacional - confiança, compromisso e comunicação, são fatores críticos para a satisfação dos aliados, tendo ligação direta com o desempenho da aliança logística.

Smith, Hair Jr. e Ferguson (2014) reforçam que o fenômeno compromisso-confiança é um fator fundamental para desenvolvimento das relações de alianças logísticas e qualquer outra aliança estratégica.

Percebe-se que entre as dificuldades e desafios apresentados, a confiança é fator chave para o sucesso de uma aliança logística, se fazendo necessária no sentido de buscar equilibrar de forma harmoniosa o relacionamento entre cooperação ganha-ganha e os conflitos operacionais e gerenciais que venham a surgir. Além de influenciar no nível de comprometimento, troca de informações (operacional, tático e estratégico) e *know-how* entre os membros da aliança logística, consequentemente no desempenho e benefícios a serem obtidos.

2.5.1 Dificuldades e desafios da aliança logística entre hospitais

Na literatura de alianças entre hospitais listam-se como desafios: desenvolver uma cultura organizacional de colaboração, pois até o momento a equipe possuía visão funcional e autônoma; transmitir confiança, que se apresenta de suma importância para o sucesso de qualquer aliança estratégica, sendo uma dificuldade de ser alcançada no ambiente hospitalar devido sua complexidade, instabilidade, diversas legislações e competitividade, não somente entre hospitais privados, mais entre organizações de outros setores industriais e comerciais, que estão envolvidos na saúde e possuem objetivos obscuros; tomar decisões consensuais, os membros esquecem que o objetivo da aliança hospitalar é criar vantagens e incentivos aos aliados (CARDWELL; BOLON, 1996; CHAO; CHENG, 2012; SCOTT; THURSTON, 2004).

Hackett (1996) salienta que uma das principais dificuldades em desenvolver alianças na área hospitalar é que existe um elevado nível de ambigüidade entre o setor público e privado, referente suas características, limitações, formas de operar e gerir a relação. Além de ser difícil mensurar e analisar o sucesso da aliança, principalmente no setor público. Mas, apesar disso, a estratégia de se utilizar de alianças esta tornando popular para essas organizações, por permitir enfrentar com maior tranquilidade as turbulências ambientais.

Nelson *et al.* (1999b) abordam como fator chave a confiança, que pode conduzir ou descarrilar esforços de cooperação de uma aliança entre hospitais. A confiança em última análise desenvolve-se a partir de estratégias de boa comunicação. Uma comunicação sólida e transparente permite que os aliados potenciais aprendam uns com os outros, compreendam os objetivos e visão de futuro dos parceiros.

Os autores destacam que a maioria dos obstáculos das alianças hospitalares é decorrente de questões de relacionamento entre os aliados, além da falta de informações do histórico de trabalho conjunto, suspeitas preconcebidas de desconfiança, diferenças culturais,

falta de compromisso com a missão ou valores dos membros, e a não existência de um sistema de informação e decisão realmente integrado.

Bazzolli *et al.* (2003) reforçam que um dos pontos mais críticos na gestão da aliança hospitalar, desde a escolha do parceiro, é a confiança. Esse é um aspecto de suma relevância no relacionamento desde o momento da prospecção e negociação dos futuros membros, que aumenta em função de muitas vezes inexistir um histórico de relacionamento que sirva como garantia dos possíveis parceiros, para reduzir riscos de oportunismo, prejuízos e aumentar o nível de segurança. Desta forma, a reputação de um possível parceiro é fator importante quando do momento de escolha de um aliado específico.

Bernardo, Valls e Casadesus (2012) apresentam que as dificuldades mencionadas pelos gestores de alianças hospitalares são: perder profissionais de saúde para outros hospitais, como resultado da partilha de recursos humanos; aumento dos custos de gestão e sistema de informação e comunicação (os sistemas são cruciais para compartilhar recursos em tempo hábil e para a implementação da telemedicina e teleassistência); e falta de apoio governamental efetivo.

Chu e Chiang (2013) argumentam que os desafios que as alianças entre hospitais devem enfrentar são: novos custos de colaboração interorganizacional; perda de superioridade técnica por compartilhar técnicas médicas e recursos; perda de autonomia e controle das operações conjuntas; aumento dos custos dos sistemas de informação e comunicação; e tomadas de decisões mais lentas.

Vale destacar que no Brasil, a legislação provoca algumas dificuldades para o desenvolvimento de alianças no setor hospitalar público, como por exemplo: a Lei nº 8.666/1993, que regulamenta normas para licitações e contratos da Administração Pública, que gera excesso de burocracia, limitações nas parcerias de longo prazo para efetivação dos acordos, e inflexibilidade nos processos, que deveriam ser rápidos e flexíveis (BARBIERI; MACHLINE, 2009; BARBUSCIA, 2009); a Lei nº 8.080/1990, que regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Dispondo no capítulo IV, Art. 16, 17 e 18 as competências, respectivamente, nas esferas federal, estadual e municipal, para administração e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que segundo Vecina Neto e Malik (2007), promovem jogo de responsabilidades e deveres, engessam várias medidas ou procedimentos para o desenvolvimento e adaptação de formas de gestão e estruturas organizacionais.

Sabe-se que a gestão hospitalar é complexa, o ambiente é instável com intensos fluxos de materiais, informações e pessoas, além de variados relacionamentos com diversos tipos de instituições e organizações de setores diferentes. Neste contexto, as dificuldades e desafios para as alianças hospitalares na área de logística ficam mais salientes e complicados de serem enfrentados e adaptados, precisando de um esforço extra de motivação e dedicação por parte da equipe de gestão da aliança para seu bom desempenho e sucesso.

2.6 Abordagens de planejamento e operação da aliança logística

A seção apresenta estudos de alianças estratégicas que abordem *frameworks*, modelos, ciclo de vida ou fases para seu desenvolvimento e gestão mais adequada, com o intuito que contribuam e complementem a literatura de planejamento e operação das alianças logísticas de maneira mais detalhada e com agregação de valor aos procedimentos a serem adotados.

Bronder e Pritzl (1992) destacam quatro fases para o desenvolvimento e gestão de uma aliança estratégica (Figura 1): I. Decisão estratégica; II. Configuração da aliança estratégica; III. Seleção do parceiro; e IV. Gestão da aliança estratégica.

Figura 1: Fases do desenvolvimento e gestão de alianças estratégicas

Fonte: Bronder e Pritzl (1992)

Estas fases não representam uma sequência restrita de decisões lógicas e específicas a setores ou áreas, podem ser adaptadas conforme a realidade das organizações. Durante o processo de desenvolvimento da aliança estratégica há possibilidade das fases serem

interativas ou sobrepostas, devem emergir de um processo de evolução de aprendizagem e adaptação mútua e contínua. A estratégia de aliança não é garantia de sucesso estratégico, sendo uma abordagem estruturada ou uma ferramenta criada como alternativa pelos níveis corporativos e de negócios, para ganhar vantagens competitivas e agregar valor perante o mercado.

Observa-se que dentro de cada fase apresentada na Figura 1, há três análises básicas. Na Fase I - Decisão estratégica, a primeira é análise da situação, a empresa avalia sua missão, valores, estratégias, competências, posição perante o mercado, globalização, desenvolvimento de novas tecnologias entre outros fatores, para verificar se possui os requisitos necessários para atingir seu objetivo global expresso em sua missão e para seus *stakeholders*. Na segunda análise de identificação do potencial de cooperação, a empresa verifica a real necessidade em desenvolver a aliança estratégica, suas forças e fraquezas, tendências internas, o tempo como uma arma competitiva, e se a realização de atividades em conjunto é mais vantajosa do que realizá-las sozinho. A terceira análise, avaliação do valor potencial ao acionista, levanta possíveis desempenhos de uma aliança estratégica, tais como suas possíveis receitas ou retornos sobre o investimento para o acionista, riscos, tempo necessário de parceria, vantagens de *know-how*, custos, acesso a mercados entre outros.

Na Fase II - Configuração da aliança estratégica, a análise divide-se entre: domínio ou campo de cooperação, que se refere à direção das atividades na cadeia de valor (horizontal, vertical ou diagonal) e o envolvimento de cooperação (P&D, produção e logística, compras, reciclagem, marketing e vendas); intensidade da cooperação é influenciada pelo período de tempo que se relacionam, alocação de recursos disponibilizados e grau de formalização; e análise de oportunidades para multiplicação, que trata de analisar a ampliação da aliança estratégica para mais de um membro, pode-se criar uma rede de empresas ou unidades de negócios diversificadas, para contribuir com competências específicas ao sistema global.

A Fase III - Seleção dos parceiros: abordam análises de ajustes fundamentais, adequação estratégica e adequação cultural. Os ajustes fundamentais são para desenvolver um ambiente ideal de ganha-ganha, visões compatíveis, objetivos comuns e riscos controlados. Na adequação estratégica, a empresa deve considerar no seu parceiro, uma harmonia de planos de negócios, especificações conjuntas de configurações e período de tempo comum para atingirem as metas. A adequação cultural leva-se em consideração a compatibilidade do ambiente, análise das culturas usando um perfil cultural para identificar potenciais áreas de conflitos, e assim serem minimizadas.

A Fase IV - Gestão da aliança: inclui a análise de negociação do contrato, interface de coordenação, aprendizagem, adaptação e revisão da relação. Na negociação do contrato, devem ser definidos os objetivos específicos, tais como: limitações de riscos em caso de fracasso da aliança estratégica; limitações do parceiro relativo ao outro; opções em participações futuras para desenvolvimento de produtos; gestão de autoridade; canais de comunicação; processo de tomada de decisões entre outros. A análise de interface de coordenação mostra que é vantajoso atribuir um gestor experiente para a função de gestão da aliança estratégica, liberando-o de outras funções na empresa, além de definir níveis de coordenação, gestão orientada a tarefa e interação. A análise de aprendizagem, adaptação e revisão da relação, busca desenvolver aprendizagem organizacional, gestão de consenso e conflitos, adaptação das estruturas e processos, e visão de melhoria contínua.

De acordo com Brouthers, Brouthers e Wilkinson (1995), há quatro componentes necessários para assegurar uma seleção adequada de um parceiro, consequentemente o sucesso de uma aliança estratégica, que rotularam de quatro 'Cs':

- *Complementary skills* ou habilidades complementares oferecidas pelos parceiros, sendo necessária a análise de suas competências, tecnologias, mercado e contribuição financeira;
- *Cooperative cultures* ou culturas cooperativas, que são vias de mão dupla que a gestão deve aproveitar como oportunidades para aprender com o parceiro, tendo como pontos chave para seu desenvolvimento o conceito de simetria entre as empresas, o sentimento de confiança, a compatibilidade dos recursos financeiros e do ambiente interno de trabalho;
- *Compatible goals* ou objetivos compatíveis, cada empresa devem avaliar os objetivos estratégicos da aliança relacionados a cada parceiro, e como isso afetará seus os resultados e o sucesso da aliança estratégica; e
- *Commensurate levels of risk* ou níveis ponderados de riscos, que visa compartilhar riscos que envolvam substancial investimento, sendo comum entre empresas de tecnologia. A gestão da aliança estratégica deve levar em consideração não somente os riscos financeiros envolvidos, mas os riscos de conhecimento e experiências.

Ring (2000) aborda que uma das primeiras tarefas para planejar e desenvolver uma aliança estratégica, em qualquer organização ou setor, é a definição de seus objetivos. As equipes de cada empresa devem ter tempo para analisar e garantir que os seus próprios objetivos estão claros, para depois desenvolver um objetivo em comum para a aliança. Feito

isso, precisam compartilhar certo grau de controle sobre seus destinos, contribuir com alguns recursos, partilhar riscos e benefícios. As empresas precisam entender e maximizar a dependência de conceitos como tarefas, equipes e tempo para a criação de uma aliança estratégica, além de concentrar no fato de que não há uma melhor maneira para planejar o desenvolvimento de uma relação, assim como não existe uma melhor e única forma de gestão da aliança estratégica.

Segundo Mandal, Love e Irani (2003), para aumentar as chances de sucesso de uma aliança estratégica, os gestores devem realizar um exercício de planejamento pré-aliança, para avaliar a compatibilidade dos objetivos de negócios dos parceiros, determinar métodos de implementação e execução, e indicar informações chave, bem como cultural, que desafiam e podem surgir ao longo da duração da aliança estratégica. Tal planejamento pré-aliança deve fornecer aos gestores um ponto de vista racional para determinar como poderão beneficiar-se de tal relação.

Os autores também apresentam seis áreas que devem ser desenvolvidas ações para planejar, construir e manter uma aliança estratégica (Figura 2):

- Estratégia - nessa área deve formular e considerar estratégias quanto: auto-avaliação; relacionamento ganha-ganha; planejamento do projeto; objetivos e estratégias bem definidas e claras, para serem disseminadas por toda a estrutura e níveis hierárquicos da organização e aos membros da aliança estratégica;
- Tecnologia da informação e comunicação: é essencial que as organizações tenham estabelecido e certificado os processos e sistemas de informação que possam dar suporte eficiente e eficaz na comunicação da aliança estratégica inter e intra estrutura organizacional de todos os membros. O comprometimento dos aliados também é de suma relevância, assim a estrutura de comunicação precisa ser capaz de informar os trabalhadores em tempo hábil sobre as mudanças e tomada de decisões, que podem ocorrer nas metas e objetivos da organização e da aliança estratégica;
- Ambiente de equipe: a alta administração precisa ser capaz de identificar e avaliar os parceiros adequados, quanto a recursos, capacidades e competências necessárias. Desta forma, os parceiros preferenciais precisam ser integrados no planejamento estratégico da organização, de modo que medidas de desempenho coerentes possam ser determinadas. O ambiente deve ser de equipe de colaboração e confiança, para gerar decisões eficientes e troca de conhecimentos;

- Medição de desempenho e *benchmarking*: é importante criar métodos para avaliar e monitorar o desempenho dos membros da aliança estratégica (indicadores estratégicos, táticos e operacionais), como forma de comparar e garantir, a estabilidade financeira do relacionamento ao longo dos anos ou do projeto, e as vantagens obtidas com a união;
- Estrutura organizacional: as empresas precisam determinar a estrutura do relacionamento que melhor corresponda às suas metas e objetivos organizacionais. No entanto, como em todas as decisões de negócios, há benefícios, custos e riscos envolvidos, os gestores precisam estar cientes e balancear as vantagens e desvantagens ao optar por uma estratégia (gestão reduzida, *empowerment*, terceirização, *joint venture* etc.);
- Educação e treinamento: é fundamental que as pessoas envolvidas no desenvolvimento da aliança estratégica passem por uma capacitação que suporte as relações de colaboração de ‘ganha-ganha’ e trabalho integrado. Assim, conseguiram melhor compreender e se comprometerem com o objetivo almejado pela formação da aliança estratégica, criando uma cultura organizacional de colaboração.

Figura 2: Áreas de ações para planejar e operacionalizar uma aliança estratégica

Fonte: Mandal, Love e Irani (2003)

Mandal, Love e Irani (2003) salientam que as seis áreas (estratégias, estrutura organizacional, educação e treinamento, ambiente de equipe, medição de desempenho e benchmarking, tecnologia da informação e comunicação), focos de ações para melhor planejar, contruir e manter uma aliança estratégica, devem ser realizadas de forma integrada e em conjunto com os parceiros.

Schreiner, Kale e Corsten (2009) apresentam que para as empresas desenvolverem a capacidade de gestão de uma aliança estratégica, é necessário um constructo multidimensional que compreende três dimensões:

- Coordenação: é a capacidade de gerir conhecimento e habilidades para combinar a interdependência entre os parceiros, construir um consenso sobre os requisitos, regras, procedimentos e responsabilidades das tarefas e funções;
- Comunicação: refere-se à capacidade de partilhar informações (formal e informal) relevantes e oportunas entre os membros, de forma aberta e honesta, que permita melhor entender as obrigações, regras do relacionamento e reconhecer as necessidades de se adaptá-las; e
- Ligação/união: é a capacidade de uma empresa desenvolver laços fortes com parceiros, de forma consistente e com valor instrumental ou expressivo. O desenvolvimento desses laços é um processo demorado e dispendioso em termos de recursos gerenciais, financeiros e temporais, porque evoluem gradualmente por meio de repetidas interações bem sucedidas e cultivadas.

Os autores acreditam que essas três dimensões - coordenação, comunicação e ligação/união, são fundamentais para administrar com sucesso qualquer aliança estratégica.

Das e Kumar (2011) abordam que as primeiras negociações e definições de acordos entre os potenciais membros da aliança estratégica são pontos chave para seu sucesso, porque devem discutir um leque de questões, tais como: tipo do empreendimento; nível de recursos e competências disponibilizadas por cada parceiro; mecanismos de gestão, controle e encerramento; nível de complexidade contratual, rigor das disposições para execução e coordenação, e grau de comunicação. Essas questões sofreram influências da percepção de confiança, poder relativo e diferenças culturais entre as organizações.

De acordo com Schmoltzi e Wallenburg (2012), Wallenburg e Schäffler (2014), o uso adequado do mecanismo de governança, que pode ser caracterizado em estrutural e operacional, pode impulsionar o desenvolvimento de sucesso de uma aliança estratégica. A governança estrutural trata-se da formalização de contratos e da configuração da equivalência patrimonial, enquanto a governança operacional refere-se a mecanismos formais e sociais de gestão e controle da aliança pós-formação.

Kale e Singh (2009) utilizam uma visão geral sobre as principais fases do ciclo de vida da aliança estratégica, relacionando fatores-chave de sucesso e resultados esperados, como forma de planejá-la e geri-la (Figura 3). As fases do ciclo de vida da aliança estratégica estão divididas em:

Figura 3: Ciclo de vida e fatores de sucesso da aliança estratégica

Fonte: Kale e Singh (2009, p. 48)

- formação da aliança e seleção do parceiro: aborda o processo de tomada de decisão de duas entidades que resolvem desenvolver uma iniciativa conjunta. Os fatores-chave que são associados positivamente ao bom desempenho do relacionamento são a complementaridade de recursos, compatibilidade ou ajuste organizacional e compromisso do parceiro.
- projeto e governança da aliança: desenvolve a estrutura, governança (participação acionária; contratos - direitos, obrigações e resultados; e relacional - confiança e comunicação), formalização das operações estratégicas, expectativas e responsabilidades dos membros na aliança estratégica;
- gestão da aliança: trata da gestão e dos mecanismos de coordenação das atividades da aliança estratégica, que podem utilizar da programação (diretrizes operacionais, tarefas, responsabilidades e cronograma); hierarquia para resolução de conflitos (estrutura de autoridade e tomada de decisão, por exemplo, um conselho de administração da aliança ou nomear um gestor específico); e desenvolvimento de confiança, que dividi-se em dois componentes – estruturais, que refere a princípios e atitudes oportunistas; e comportamentais, que trata do grau de reciprocidade em termos de confiabilidade, integridade, capital relacional e risco relacional, para o sucesso da aliança estratégica.

Nessas fases do ciclo de vida os gestores da aliança estratégica precisam analisá-las sob o contexto do ambiente em que os membros do relacionamento estão inseridos, além de considerar os fatores-chave de sucesso, que podem ser mais críticos que outros, devendo ser adaptados para realidade e necessidade de cada organização (KALE; SINGH, 2009).

Siew-Phaik, Downe e Sambasivan (2013), também utilizam do ciclo de vida da aliança estratégica para planejá-la e geri-la, dividindo em: Fase de iniciação - começa-se realizar trocas de informações para conhecimento e identificação dos membros certos, para

em seguida desenvolvê-los e entrar em operações de curto prazo; Fase de amadurecimento e sustentação da relação - investe-se no capital relacional (confiança, comprometimento e comunicação), que desempenha um papel relevante para sucesso do relacionamento. Os gestores devem garantir que as empresas dediquem tempo e esforço suficiente para manter o bom desempenho da aliança estratégica; e Fase de declínio - os membros tendem a reduzir o seu nível de interações e as relações desaparecem no decorrer do tempo (por exemplo, a tecnologia ou produto já foram desenvolvidos, ou objetivo atingido).

Na literatura de aliança logística, Bagchi e Virum (1996) apresentam um modelo de planejamento e gestão da aliança logística em três fases: Fase 1 - Fundação da aliança logística; Fase 2 - Planejamento e gestão da aliança logística; e Fase 3 - Gestão das operações, medição e controle da aliança logística.

Na Fase 1 - Fundação, os autores abordam-na como base estratégica e de orientação para o processo de formação da aliança logística, reflete a conexão com a visão e os objetivos global de negócio e dos aliados. Os objetivos da aliança logística devem ser mais detalhados e específicos, derivados dos objetivos globais da empresa, ligados às iniciativas estratégicas, e serem formulados de tal forma que todas as partes envolvidas sentem que têm a propriedade nas futuras mudanças do sistema logístico. Os objetivos específicos mais comuns são o de melhoria do serviço ao cliente e redução de custos, sendo as atividades de transporte e estoque (mais rápidos e confiáveis) uma parte importante destes objetivos. Quando o relacionamento iniciar, a melhoria contínua deve ser alvo dos aliados e a gestão conjunta dessa fase possibilitará cumprir as metas. Conforme os movimentos estratégicos da empresa e das diferentes funções forem mudando para adaptar as exigências do mercado, os objetivos específicos da aliança logística devem ser revistos.

A Fase 2 - Planejamento e operação da aliança logística possuem duas principais etapas: planejamento para a preparação da aliança logística (Figura 4); e planejamento conjunto dos aliados para alcance e natureza dos objetivos da aliança logística (Figura 5).

Figura 4: Planejamento de preparação para aliança logística

Fonte: Bagchi e Virum (1996)

Observa-se que na Figura 4, realiza-se todo o planejamento de preparação e compreensão interna da organização quanto aos objetivos, compromisso, formação da equipe de planejamento e gestão da aliança logística, atividades e cronograma de quando e como deve ocorrer as atividades, critérios para selecionar um parceiro, caracterização e necessidades da empresa documentados para conhecimento e análise do futuro parceiro, avaliação e seleção de um parceiro, finalizando com um contrato e determinação do período da aliança logística.

De acordo com Bagchi e Virum (1996), se o contrato da aliança logística for por um período de tempo curto, menos de dois anos, pode ser mais preciso e exato do que um acordo de longo prazo. Como o sistema logístico muda rapidamente, assim como as condições do negócio e do mercado, recomenda-se que o contrato seja flexível.

Figura 5: Planejamento conjunto da aliança logística

Fonte: Bagchi e Virum (1996)

Na segunda etapa de planejamento conjunto dos aliados (Figura 5), verifica-se que depois de firmado o contrato entre os membros o próximo passo é estabelecer uma equipe de planejamento e gestão conjunta da aliança logística, que pode ser organizada em um comitê de direção ou um grupo de referência, útil para dividir as tarefas principais e específicas num horizonte de tempo. Essa equipe irá construir a base de desempenho, que visa fazer os aliados compreender e aceitar os processos de negócios um do outro, os objetivos, estratégias,

estrutura organizacional e situação de mercado, para assim desenvolver compreensão do nível de trabalho desde o início, as principais expectativas da aliança logística, compromisso mútuo e confiança. Feito isso, a equipe analisará os possíveis fatores críticos que possam vir afetar o sucesso do relacionamento no futuro, e como poderão ser solucionados ou evitados. Além de coletar dados para o planejamento detalhado do sistema físico e administrativo, planejar as contingências, processos de melhorias contínuas e iniciar as operações da aliança logística.

A Fase 3 - Gestão das operações, medição e controle da aliança logística, começa quando está implementada e em funcionamento. A gestão das operações inclui todas as atividades físicas, administrativas e transacionais realizadas entre os aliados. A mensuração e controle de desempenho envolvem o registro, elaboração de relatórios e análises de custos, qualidade e produtividade, sendo estas informações base para as melhorias contínuas e para refinar os objetivos e estratégias da aliança logística. A parte mais importante de uma gestão conjunta é desenvolver uma organização de aprendizagem que é capaz de manter o processo de melhoria contínua e vantagem competitiva sustentável. A Figura 6 apresenta o passo a passo das atividades de gestão e controle conjunto de uma aliança logística.

Figura 6: Gestão e controle conjunto da aliança logística

Fonte: Bagchi e Virum (1996)

Após iniciar as operações da aliança logística é necessário monitorar e avaliar os desempenhos das atividades físicas, administrativas e se os aspectos das relações interorganizacionais estão funcionando bem. Essa mensuração e controle devem concentrar-se em áreas críticas da aliança logística, os indicadores devem ser simples, significativo, de fácil entendimento e comunicados em tem hábil as tomadas de decisões. É necessário avaliar e identificar se há variâncias e lacunas durante a operação e gestão da aliança logística, formular e comunicar níveis de desempenho, para melhorar a eficiência, inter-relações e desenvolver habilidades inovadoras.

Bagchi e Virum (1996) argumentam que o sucesso da aliança logística depende muito do fator humano, de sua integração e participação efetiva no desenvolvimento, manutenção e evolução do relacionamento interorganizacional. Além do planejamento detalhado, desde o processo de preparação interna para seleção do parceiro, da equipe de

gestão, do sistema de comunicação, monitoramento e controle, até aos resultados e expectativas almejadas por ambos.

Lambert, Emmelhainz e Gardner (1996) propõem um modelo para orientar no planejamento e avaliação da aliança logística, sob três elementos:

- direcionadores: são as razões para o estabelecimento da aliança logística (eficiência de custos e ativos; serviços aos clientes; vantagens de marketing; crescimento ou estabilidade de lucro). Estes direcionadores devem ser comuns, significativos e realistas a todos os membros, para proporcionar benefícios mútuos;
- facilitadores: são os fatores ambientais que estimulam o crescimento da aliança logística (compatibilidade das organizações; técnicas, métodos e filosofias gerenciais; convergência a objetivos mútuos; simetria, concorrentes comuns; clientes finais comuns; proximidade geográfica etc.). Os membros devem analisá-los em conjunto, além de refletir sobre os valores corporativos, filosofias e objetivos de melhoria da relação;
- componentes: são as atividades e processos conjuntos que constroem e sustentam a aliança logística. Refere-se a planejar objetivos comuns (operacional, tático ou estratégico); controlar em conjunto; estruturar a comunicação entre os membros; compartilhar riscos e recompensas; desenvolver confiança e compromisso com foco no ganha-ganha; analisar o estilo do contrato (curto, longo, formal ou informal); definir o escopo (volume e sofisticação das tarefas conjuntas); e os investimentos financeiros em tecnologia, pessoal, ativos entre outros.

Segundo os autores se o planejamento e operação dos direcionadores, facilitadores e componentes da aliança logística forem analisados com cautela, levando em consideração o contexto que as empresas estão inseridas, e realizando constantes *feedbacks* da relação, os membros provavelmente obterão melhorias nos processos, aumento do lucro, vantagem competitiva entre outros benefícios. Sendo que os resultados específicos irão variar dependendo dos direcionadores que inicialmente motivaram o desenvolvimento da aliança logística.

Lambert e Cooper (2000) apresentam nove componentes que devem ser estabelecidos, para desenvolver uma aliança logística de sucesso: (1) planejamento e controle, deve ser realizado em conjunto para mover a organização e a aliança logística em um mesmo sentido e objetivo, tendo métricas de *feedback*; (2) estrutura do trabalho, as tarefas a serem executadas pelos membros devem serem definidas e declaradas; (3) estrutura organizacional, utilizar equipes multifuncionais com uma abordagem de processo, sendo capacitados com

uma visão de integração e colaboração; (4) estrutura do fluxo de materiais, planejar a rede de fornecimento e distribuição, desde o inventário necessário no sistema, a quantidade que cada membro deve manter, considerando o custo de bens semi-acabados e acabados no estoque entre outros; (5) estrutura do fluxo de informação, determinar o tipo de informação e frequência de atualização transmitida entre os membros; (6) métodos de gestão, refere-se a alinhar a filosofia da organização e técnicas de gestão, que requer um nível de envolvimento da gestão no dia a dia das operações; (7) estrutura do poder e liderança, a definição da liderança pode afetar sua forma, um líder forte conduz a direção da aliança logística, pode existir um ou dois líderes. O excesso de poder ou a falta podem afetar o nível de compromisso dos membros, e a participação forçada pode motivar a saída ou comportamento oportunista; (8) estrutura de recompensa e risco, deve ser planejada antecipadamente a partilha de riscos e recompensas, para não afetar o compromisso do projeto e o longo prazo entre os membros; (9) cultura e atitude, é necessário analisar a compatibilidade das culturas organizacionais entre os membros. Sabe-se que desenvolver culturas e atitudes dos indivíduos leva-se um longo tempo, mas é preciso algum nível de compatibilidade para não ter grandes conflitos. Estes aspectos de cultura organizacional incluem avaliação dos funcionários e como eles são integrados na gestão da aliança logística.

Brekalo, Albers e Delfmann (2013) apresentam um modelo para planejamento e operação da aliança logística dividida em três camadas ou capacidades necessárias (Figura 7):

- Nível micro - atividades logísticas operacionais: refere-se ao planejamento e execução conjunta dos processos logísticos;
- Nível macro - rotinas de gestão da aliança: busca assegurar a efetiva gestão e desempenho da aliança logística; e
- Nível meta - mecanismos de aprendizagem: visa à melhoria contínua da logística da empresa e das rotinas de gestão da aliança logística ao longo do tempo.

Figura 7: Planejamento e operação da aliança logística
Fonte: Brekalo, Albers e Delfmann (2013)

Verifica-se na Figura 7, que o Nível micro engloba as atividades logísticas operacionais de processamento de pedidos, gestão de estoques, transporte, armazenamento e manuseio, serviços de valor agregado e mecanismos de gestão da aliança logística. Quando essas atividades são desenvolvidas com base na aprendizagem conjunta, estável e com padrões de comportamento aprovados, resultam em conhecimento tácito e aprendizagem organizacional. Normalmente, há necessidade de adaptações específicas para a execução conjunta dessas atividades logísticas, tais como tecnologia, localização ou sequência de processos físicos entre outros. A execução das atividades logísticas operacionais e sua adequação ao contexto da aliança logística são garantidas e aperfeiçoadas continuamente ao longo do tempo devido ao mecanismo de aprendizagem.

O Nível macro de gestão e capacidade da aliança aborda: o projeto da aliança, que trata da estrutura, tipo de relação, definição de objetivos, regras, responsabilidades, investimentos etc.; as rotinas de governança relacional, que são a definição dos métodos de tomada de decisões, gestão de conflitos e flexibilidade dos processos aos membros da aliança logística entre outros; a coordenação, monitoramento e adaptação das rotinas, que incorporam mecanismos e medidas de desempenhos de qualidade, financeiro e informações, para orientar na execução e nas tomadas de decisões das atividades logísticas operacionais, consequentemente melhorar o desempenho da aliança logística.

O Nível meta - mecanismo de aprendizagem: é definido um gerente que seja dedicado à gestão da aliança logística e do conhecimento gerado ao seu envolvimento, para

estimular e desenvolver melhorias contínuas nas rotinas e atividades dos membros, o que tende a ocasionar o sucesso da aliança logística.

Bowersox (1990) aborda a importância de planejar formalmente o desenvolvimento da aliança logística, sendo necessário ter alguns cuidados ao escolher um parceiro, tais como: visualizar a aliança logística como uma implementação de um planejamento estratégico; procurar que os aliados gerem economias de escala e que possibilite partilhar riscos e custos; começar o relacionamento com um direcionamento realista, admitindo que eventualmente, a aliança logística possa ser desfeita, caso os ganhos não sejam equilibrados; encorajar os membros envolvidos a considerarem suas atividades em termos de processos com valor agregado; certificar que as informações para o bom desempenho da aliança logística sejam compartilhadas igualmente e em tempo hábil; reconhecer que os benefícios, normalmente, serão obtidos através de um relacionamento de longo prazo e que as partes sejam interdependentes; desenvolver confiança entre os participantes, propondo objetivos comuns, definindo funções claras, regras firmes e indicadores de desempenho precisos. Os líderes ou gestores da aliança logística, dentro de cada organização participante, precisam conduzir a mudança de comportamento no sentido da busca e consolidação do bom relacionamento, funcionamento e colaboração.

Bowersox, Closs e Cooper (2007) destacam que para obter um bom relacionamento na aliança logística, é necessário que os participantes compartilhem não somente dados de transações, mas informações estratégicas, como planos futuros. Desta forma o momento da seleção do parceiro adequado, é crucial para o bom desempenho da relação, sendo uma das partes mais complexas no desenvolvimento da aliança logística, conceber critérios de escolha e avaliação do melhor aliado (YING; YAN-PING, 2007).

Büyüközkan, Feyzioglu e Nebol (2008) argumentam que a seleção de um parceiro adequado para a aliança logística exige certo cuidado e pode ser um processo demorado, assim como desenvolver uma compreensão das expectativas e objetivos dos membros pode levar tempo. O processo de seleção dos aliados pode ser dividido em três principais etapas: primeira, identificar os critérios de avaliação dos futuros membros da aliança logística, considerando os mais importantes, que pode ser dividido em aspectos estratégicos (valores, objetivos, tamanho, estabilidade financeira, cultura semelhante, trajetória de sucesso etc.), e aspectos relevantes do negócio do parceiro, tais como conhecimentos técnicos, desempenho, qualidade e experiência gerencial; segunda etapa, construir critérios de hierarquia e determinar os pesos com o método fuzzy AHP (*Analytic Hierarchy Process*); e terceira etapa,

usar o método fuzzy TOPSIS (*Technique for Order Preference by the Similarity to Ideal Solution*) para estabelecer um ranking de parceiros potenciais.

Feng e Xiao (2010) apresentam três regras básicas e mais simples para seleção de parceiros da aliança logística, que são verificar: 1) complementaridade - os recursos, competências e vantagens competitivas dos aliados podem complementar ou suprir alguma carência do sistema logístico; 2) compatibilidade - as estratégias, equipe, cultura, finanças e sistemas de gestão são compatíveis, ou seja, podem ser exercidos simultaneamente com outros; e 3) cooperatividade - o ambiente organizacional é ou pode torna-se cooperativo com efeito sinérgico, tanto do ponto de vista operacional, quanto tático e estratégico. Examinado essas três regras básicas de complementaridade, compatibilidade e cooperatividade, há grande possibilidade da aliança logística colher bons resultados.

Jianmim (2010) salienta que as empresas visam criar valor por meio da sinergia da aliança logística, e para isso precisam selecionar parceiros adequados. Quando selecioná-los é necessário analisar se proporcionam uma logística de excelência, que permita obter vantagens de iniciativas, ampliar a escala de produção e serviço a um ponto de tornar-se fortemente competitivo ou de dominar o mercado. O autor complementa que, como os recursos de uma empresa não são exaustivos, é necessário utilizar de estratégias que integre os vários recursos do sistema logístico, para atingir um novo mercado e criar ou adquirir novas oportunidades de mercado. A aliança logística permite a utilização integral dos recursos e capacidades, além da possibilidade de aprender com os parceiros, a superar deficiências tecnológicas, bem como desenvolver novas habilidades para a criação de valores através da aprendizagem.

Huang *et al.* (2011) corroboram que o sucesso da aliança logística, depende em grande parte, da escolha correta do parceiro. Sendo de suma relevância analisar e avaliar se o aliado possui capacidade e recursos para ajudá-lo a satisfazer a necessidade do cliente ou atingir o objetivo estratégico almejado.

A seção abordou os procedimentos, modelos e ciclos de vida utilizados para planejar e operacionalizar alianças estratégicas, em seguida apresentou os da aliança logística como forma de ampliar o conhecimento, complementar e contribuir com o desenvolvimento desse tipo de relacionamento na área de logística hospitalar, assunto tratado na próxima seção.

2.6.1 Abordagens de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais

Nesta subseção as abordagens de planejamento e operação de alianças são em sua maior parte com foco indireto na área de logística entre hospitais e com argumentação geral a aliança hospitalar, sem a representação de modelos, *frameworks* e ciclos de vida bem

definidos, como abordados na literatura de aliança logística (seção 2.6). O que vem a corroborar a necessidade e contribuição do estudo em analisar e propor uma sistemática que oriente no planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.

Segundo Gregory (1992), Leatt e Barnsley (1994), para os hospitais desenvolverem alianças estratégicas de sucesso, precisam planejá-las sob a base que todos os membros irão ganhar. Além de definir claramente metas e objetivos comuns, alocar recursos suficientes para manter a relação, definir as responsabilidades e funções de cada membro e monitorar o progresso por meio de relatórios contínuos.

O planejamento adequado de uma aliança hospitalar exige que se dê preferência a um conjunto homogêneo de hospitais (por exemplo, os hospitais devem ser somente privados ou somente públicos), para assegurar um consenso geral em relação aos objetivos comuns e estratégias de negócios. Os membros a participar da aliança hospitalar devem responder algumas questões, tais como: O que posso contribuir com o outro? Como e o que posso aprender a trabalhar com o outro, e em colaboração? Como faço para integrar-me com todos os membros? Como posso colaborar para tornar mais fácil à aliança aos membros? Esses tipos de questionamentos e mentalidade podem ajudar os hospitais nos esforços de coordenação e a caminhar em direção de uma cultura organizacional de senso coletivo, que é fundamental para o sucesso de uma aliança estratégica (CARDWELL; BOLON, 1996; RHEINECKER, 1994).

Escolhido o aliado e formado a equipe ou conselho de gestão da aliança hospitalar, normalmente deve-se incluir os principais executivos ou gerentes de cada organização e selecionar um líder a conduzir as reuniões, precisa-se declarar explicitamente os objetivos comuns, metas e direitos de autoridade de tomada de decisão para evitar possíveis conflitos. Além de planejar as formas de avaliação de desempenho da aliança hospitalar, o sistema de informação e comunicação que deve ocorrer entre todas as partes envolvidas, as propostas de orçamentos e partilha de resultados (GREGORY, 1992; ZUCKERMAN; ANNUNO, 1990).

Outro ponto importante a projetar é a gestão de integração entre hospitais e médicos, ambos querem oferecer um serviço em comum, o atendimento ao paciente, mas qualquer comportamento não-colaborativo é prejudicial para todos. Por exemplo, centros ambulatoriais e de diagnóstico são bons para os médicos, mas ruim para os hospitais. Já os centros de cuidados urgentes são bons para os hospitais, mas ruim para os médicos. Assim, os dois grupos acabam gerando concorrência direta, que devem ser harmonizadas para que juntos possam trabalhar de forma eficiente e eficaz em prol a aliança hospitalar (CARDWELL; BOLON, 1996).

Leatt e Barnsley (1994) salientam que os médicos precisam estar envolvidos com o planejamento estratégico da aliança hospitalar e na identificação de prioridades, pois têm papel importante na integração dos padrões de cuidado entre as organizações e para garantir que a qualidade não seja sacrificada em esforço da contenção de custos. Além de serem pivôs para influenciar no sucesso ou fracasso da aliança hospitalar, e gerar um ambiente tranquilo ou de conflitos.

Os membros da aliança hospitalar precisam desenvolver um plano de ação para obter bons resultados desse relacionamento, nele é necessário que conste:

- o papel e a ordem de cada membro, além de posicionarem como fonte de informações sobre o acesso e os diversos serviços disponíveis na aliança, para que os hospitais possam encaminhar os pacientes ao local mais acessível do serviço que necessitam (LAZARUS, 1993). As alianças hospitalares precisam estar bem organizadas, com padrões de qualidade, níveis administrativos e clínicos elevados, para obter benefícios da colaboração (CARDWELL; BOLON, 1996).

- lista de cada hospital dos serviços prestados (necessários e especialidades) para selecionar e manter o melhor (departamentos e posições que serão combinadas ou eliminadas). Os membros podem diminuir custos, simplificando as interações entre compradores, pagadores e provedores, quanto mais serviços e departamentos oferecerem juntos, mais obtêm resultados positivos de tempo, custo e receita, sendo que os esforços de gestão e coordenação também aumentam; e analisar se a previsão para aliança estratégica é viável financeiramente e para a comunidade (CARDWELL; BOLON, 1996). Clement *et al.* (1997) argumentam a necessidade dos hospitais organizarem a aliança em um mercado local, em outras palavras, estarem próximos ou na mesma região geográfica de responsabilidades de prestação de serviço.

- estratégia de negócios: o primeiro passo é analisar o mercado, levantar e prever as necessidades da população, para realizar a distribuição geográfica e os tipos de serviços a serem prestados. Deve desenvolver continuamente estratégias de cuidado a saúde, para prestar um serviço visando sempre à melhor qualidade, e medidas preventivas para antever possíveis epidemias, doenças e outros males, que gerem maior custo aos hospitais com tratamentos (CARDWELL; BOLON, 1996; GREENE, 1995).

- projeto de capacitação e integração da equipe: a execução do que foi planejado somente será realizado se as equipes em todos os níveis da organização hospitalar (operacional, tático e estratégico) e entre os parceiros estiverem capacitadas, conscientes dos

objetivos traçados, motivadas, comprometidas e apoiadas por um sistema que permita comunicação integrada e clara a todos, a fim de estimular a inovação e a solução de problemas (CARDWELL; BOLON, 1996).

Hackett (1996) aborda que para as alianças serem bem sucedidas no setor hospitalar é necessário que sejam baseadas em contribuições reais, que compartilhe competências, capacidades e recursos. Além de definir de forma clara e específica os objetivos comuns da aliança, estrutura para a tomada de decisão, função, coordenação, procedimentos para a resolução de conflitos e declarações de valor em conjunto. A manutenção e controle do trabalho colaborativo e de compromisso são fundamentais para garantir o sucesso duradouro da aliança hospitalar. Esse comprometimento deve existir para estabelecer uma gestão descentralizada e integrada, cultura de desempenho, treinamento e desenvolvimento de pessoal, criação de uma estrutura financeira e de pessoal adequada à cooperação.

Segundo Nelson *et al.* (1999b), para projetar uma aliança hospitalar bem sucedida e produtiva, os membros devem estar satisfeitos em termos de bens tangíveis e intangíveis. Precisam estar comprometidos com a criação de algo novo ou em adicionar um novo valor, e com benevolência entre os aliados, para continuar fazendo a relacionamento crescer com oportunidades imprevistas.

Young *et al.* (2001) descrevem que as empresas ou partes interessadas no sistema de saúde - hospitais, planos de saúde, médicos, clínicas entre outros, estão a se concentrarem em alianças baseadas em valor, por reconhecerem as interdependências entre grupos interessados no sistema de cuidados de saúde. Assim criam uma razão estratégica para trocarem informações e competências, desenvolvendo alianças estratégicas de longo prazo. Os membros dessas alianças estratégicas devem comunicar o seu valor na equação, para que haja compreensão compartilhada do que é importante para cada um, sem gerar objetivos e direções incompatíveis. A satisfação dos pacientes e resultados de desempenho da aliança hospitalar são pontos importantes a nortear a gestão da parceria, os membros devem colaborar para aumentar cada vez mais o valor para todos os envolvidos.

Novotny, Donahue e Bhalla (2004) argumentam que o planejamento de sucesso da aliança hospitalar depende basicamente de dois fatores: a relação de compromisso e respeito entre os membros, que refere à necessidade e a capacidade de conviver bem um com o outro, com diálogo aberto entre os líderes da parceria; e o desempenho da aliança, inclui em delinear com clareza as responsabilidades e os objetivos de curto e longo prazo, a compreensão dos

pontos fortes de cada membro, selecionar a equipe certa, comprometer os recursos necessários, e continuamente avaliar e melhorar os resultados.

De acordo com Scott e Thurston (2004), não há uma única maneira para desenvolver e manter uma aliança hospitalar. As estratégias adotadas devem refletir os indivíduos e organizações que estão envolvidos na busca dos objetivos comuns. O importante são os parceiros terem clareza e consenso sobre os propósitos operacionais e estratégicos da aliança.

Mantoura, Gendron e Potvin (2007) acrescentam que aliança hospitalar baseada na confiança em que “nós”, é mais importante do que “eu”, tende a ser promissora tanto para a produção de conhecimento quanto de resultados positivos aos aliados e ao sistema de saúde da população.

Ao longo da subseção 2.6.1, verifica-se que não encontrou na literatura pesquisada modelos, *frameworks*, ciclos de vida e procedimentos bem definidos e representados de como planejar e operar uma aliança hospitalar (geral) ou específica a área de logística (aliança logística). As alianças logísticas entre hospitais precisam ser vistas como oportunidades estratégicas para otimização, de forma direta ou indireta, dos fluxos de materiais, medicamentos e informações, como exemplificados em alguns casos na próxima seção.

2.7 Casos de aliança logística

Quando se pesquisa casos que tratem de aliança logística, é possível encontrar centenas em diversos setores da indústria, varejo, construção civil, aeronáutica entre outras. Mas, como o foco não é apresentar e nem discutir esses casos, e sim abordar exemplos práticos que demonstrem que a aliança logística funciona e proporciona bons resultados aos membros envolvidos. Nesta seção são sintetizados no Quadro 3 três casos de alianças logísticas, em setores que permite fácil compreensão e visualização, por serem mais do cotidiano das pessoas:

- Caso no setor de eletrodoméstico: Eletrolux do Brasil e seus principais fornecedores (CORSO; SILVA; SANDRINI, 2005).
- Caso no setor de automação industrial automobilística: empresas de médio porte localizadas no Estado de São Paulo - Brasil (ROSSI; PÓVOA, 2008).
- Caso no setor Têxtil: indústrias têxteis de Taiwan (TSAI; DING; RICE, 2008).

Esses casos são expostos por ordem crescente de ano de publicação destacando: os tipos de organizações que são realizadas as parcerias (relações entre quais empresas), a estrutura de gestão e coordenação da aliança logística (formal, informal, formação de equipe

de gestão da aliança estratégica etc.), as principais atividades de colaboração, os benefícios obtidos, os facilitadores que possibilitaram a formação e bom desempenho da relação, e as barreiras ou dificuldades encontrados durante o desenvolvimento da aliança logística.

Observa-se no Quadro 3 que as atividades logísticas a destacarem nos casos de alianças logísticas são gestão de compras, gestão de estoque, gestão de transporte e gestão do fluxo de informações. As demais atividades logísticas empresariais (gestão de armazenagem e embalagem; apoio a gestão de clientes, pedidos e produção; manuseio e movimentação de materiais), pode-se deduzir que são atingidas indiretamente. Os benefícios citados nos casos são de redução do custo logístico, menor *lead time*, maior integração, agilidade e flexibilidade no fluxo de materiais, acesso a novos mercados entre outros. Os facilitadores foram o sistema de informação e comunicação integrado, estratégias e objetivos bem definidos e declarados, confiança e reciprocidade na troca dos recursos. Já as barreiras ou dificuldades mencionadas pelas alianças logísticas foram: coordenar e gerir o relacionamento interorganizacional; determinar os limites de fronteiras entre as organizações, transparência e receptividade; controlar os conflitos operacionais; e gerar um ambiente de confiança.

Casos de alianças	Tipos de organizações	Estrutura de gestão/ coordenação	Atividades de colaboração	Benefícios	Facilitadores	Barreiras/ Dificuldades
Setor eletrodomésticos (CORSO; SILVA; SANDRINI, 2005)	• indústria de eletrodomésticos e fornecedores (pequeno, médio e grande)	• nível formal (contratos) e informal; • gestão e coordenação da aliança estratégica da Eletrolux.	• atividades de aquisição, qualidade, logística (distribuição e estoque) e engenharia de projetos.	• redução de custos operacional; diferenciação do produto; comprometimento e confiança na execução dos objetivos; maior integração e agilidade em resolver problemas de qualidade; poder de negociação na cadeia de subfornecedores; redução da equipe de engenharia; <i>lead time</i> curto e flexível; satisfação do cliente.	• predisposição das partes envolvidas; integração das informações e processos; acordos informais com o mesmo peso dos informais; estratégias e objetivos bem definidas e declaradas. • confiança.	• não foram apresentadas no estudo.
Setor de automação industrial automobilística (ROSSI; PÓVOA, 2008)	• indústrias de médio porte de automação industrial automobilística	• contratos flexíveis; co-gestão; independência comercial dos membros; autonomia de políticas organizacionais.	• atividades de desenvolvimento e complementares de execução de projetos. • gestão do fluxo de informações logístico	• acesso a mercados; desenvolver a competência central; acesso a tecnologia de produção; manter-se no mercado; redução dos custos (produção, estoque, armazenagem, distribuição etc.) e da complexidade de estrutura organizacional.	• confiança e flexibilidade, reciprocidade na troca de recursos.	• controlar os conflitos operacionais e de gestão da aliança estratégica.
Setor têxtil (TSAI; DING; RICE, 2008)	• amostra homogênea de indústrias têxteis	• nível formal; formação de equipes: diretor de P&D, um gerente de aliança, um gerente de desenvolvimento de negócios e CEO.	• tecnologia de fabricação; acesso a canais de marketing, desenvolvimento de novos produtos, licenciamento de marca, de fabricação <i>outsourcing</i> , licenciamento de patentes e <i>design</i> de novos produtos. • gestão do fluxo de informações logístico.	• desenvolvimento de novos mercados e produtos, maior capacidade de aprendizagem e competência de reconhecer o valor de um novo conhecimento/ inovação, grandes transições estratégicas (por exemplo, inovação radical). • redução de custos logísticos.	• sistema de comunicação eficaz (plataforma de interação direta, mecanismo de resolução de problemas, mútuo aprimoramento e entendimento inter e intra-empresas); e organização mediadora (sem fins lucrativos) no processo de formação e gestão da aliança estratégica.	• gerar confiança; determinar a coordenação da aliança estratégica; definir os limites de fronteiras; transparência e receptividade.

Quadro 3: Síntese de casos de alianças logísticas (diretas e indiretas)**Fonte:** Elaborado pela autora

Como destacado no início da seção, além dos três casos de aliança logística detalhada no Quadro 3, há vários outros que ocorrem em diferentes setores, tais como: setor de minério de ferro (TAUHATA; MACEDO-SOARES, 2004); setor da construção civil (CHENG *et al.*, 2004; XU; SMITH; BOWER, 2005); cadeia produtiva de carne bovina (FERREIRA; BARCELLOS, 2006); indústria marítima (SOLESVIK; WESTHEAD, 2010) entre outros.

Sharma e Choudhury (2014) apresentam casos específicos de sucesso de alianças logísticas entre grandes empresas, tais como:

- Procter & Gamble, que produz alimentos para animais, produtos de limpeza e higiene pessoal, com a Schneider National - que oferece serviços de transporte intermodal, gestão da cadeia de suprimentos e soluções de serviços financeiros. A aliança logística existe desde a década de 1970, permite as organizações oferecer serviços de qualidade superior, eliminação de estoques de segurança, evitar problemas com transporte, obter maior agilidade, tecnologias de ponta e ganhar vantagem competitiva;
- Hershey - líder na produção de chocolate na América do Norte, com a Exel Logistics, empresa de operação logística e gestão da cadeia de suprimento. A aliança logística é de longo prazo e rendeu prêmios de excelência na prestação de serviços ao cliente, maior eficiência dos armazéns, custos de transportes reduzidos e ter uma taxa de precisão de inventário de 99,9%;
- Goodyear - uma das empresas líderes mundiais na fabricação de pneus, com a Yellow Freight - prestadora de serviços de transporte e soluções de logística global. A aliança logística é bem sucedida e proporciona benefícios de redução de custos e de ineficiências na cadeia de abastecimento.

Daugherty (2011) também relata casos de alianças logísticas bem sucedidas entre o Walmart e seus fornecedores (Procter & Gamble, 3M e Philips), a relação é de ganha-ganha, o que permite alcançar reduções de inventários e outros custos logísticos, tanto para o varejista, quanto para os fornecedores.

Pode-se considerar que o desenvolvimento de aliança logística, independente que sejam com foco direto ou indireto em todo o sistema logístico, tende a influenciar em maior ou menor grau os resultados das atividades logísticas, por tratar da otimização ou obtenção de recursos voltados aos fluxos de materiais e informações.

2.7.1 Casos de aliança logística entre hospitais

A subseção apresenta cinco casos de alianças hospitalares, com foco direto e indireto na área de aliança logística, estando dispostos por ordem decrescente do ano de publicação:

- Caso Taiwan: os hospitais públicos de Taiwan enfrentam dificuldades financeiras, por causa de limitações orçamentárias e das exigências da Secretária de Seguro Nacional de Saúde, para aumentar o nível de cuidados às pessoas desfavorecidas, melhorar a eficiência administrativa e qualidade dos serviços prestados, consequentemente aumentam as despesas com saúde. Para resolver o problema o Departamento de saúde de Taiwan desenvolveu em 2004 e controla atualmente as Alianças Estratégicas Hospitalares - AEHs, entre 29 hospitais (22 hospitais gerais, incluindo hospitais filiais; 05 hospitais de convalescença; 01 hospital especializado; e 01 hospital de *chest* - tórax/coração). Os hospitais foram divididos em quatro ligas: *Taipei*, *Northern*, *Centrak* e *Southern*. Para cada liga foi selecionado um grande hospital geral, que integrava os recursos médicos e aplicações do seguro saúde de seus afiliados, sendo o ponto central da gestão e operações. Em 2005 por questões administrativas as ligas *Taipei* e *Northern* foram integradas, e formaram a liga Regional do *Northern*. Em 2007 as outras duas ligas foram combinadas para formar a liga Regional Central e *Southern* (CHU; CHIANG, 2013).

- Caso Espanha: pesquisa realizada em 16 hospitais de Catalan, região nordeste da Espanha, no período entre 2006 a 2007. A cobertura do sistema de saúde é universal, o controle de administração é descentralizado, cada região é autônoma; os hospitais são classificados em privados e públicos, agrupados na aliança hospitalar por níveis de complexidade dos tratamentos e diagnósticos (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012);

- Casos Estados Unidos: primeiro estudo de âmbito nacional, com foco nas alianças de compras hospitalares, obteve uma taxa de retorno do questionário de 16% (BURNS; LEE, 2008); o segundo caso de aliança estratégica é entre os departamentos de saúde dos municípios de *Cobb* e *Douglas*, que formam o distrito de saúde do estado regional da Geórgia, incluem nove centros de saúde localizados ao longo das duas cidades; e o Sistema Único de Saúde *Promina* Noroeste, uma rede de saúde sem fins lucrativos, que presta serviço a cerca de um terço dos cuidados de saúde da cidade de Atlanta, além de operar vários hospitais nos municípios *Cobb* e *Douglas* (NELSON *et al.*, 1999b);

- Caso Singapura: apenas oito dos 29 hospitais de Singapura aceitaram participar da pesquisa sobre alianças hospitalares, sendo três hospitais públicos, dois hospitais privados

e três centros de especialidades. Classificados por porte: quatro hospitais pequenos - menos de 100 leitos; dois médios - de 101 a 500 leitos; e dois grandes - acima de 500 leitos (PAN; POKHAREL, 2007);

- Caso Brasil: pesquisa realizada em dois hospitais de ensino público da cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, que pertencem à mesma instituição de origem e mantenedora; ocupam as mesmas áreas geográficas e campus universitário de Porangabussu. Devido algumas carências de cunho administrativo e de suprimentos, a Pró-Reitoria de Planejamento da Universidade Federal do Ceará (UFC), ao qual o coordenador geral é o mesmo para os dois hospitais, iniciou em meados de 2000 o processo de aliança logística, com o intuito de compartilhar serviços comuns nas áreas administrativas e, subsidiariamente, na área de clínica médica, para melhorar os níveis de serviços prestados aos usuários internos e externos (CUNHA, 2003).

Para melhor visualização e conhecimento dos cinco casos de alianças hospitalares, sintetiza-se no Quadro 4 os tipos de organizações que os hospitais relacionam-se, a estrutura de gestão e coordenação, as principais atividades de colaboração entre os membros, os benefícios obtidos, facilitadores e barreiras ou dificuldades para o desenvolvimento das alianças hospitalares.

Observa-se no Quadro 4, que os cinco casos apresentados de alianças hospitalares focam direto ou indiretamente nas atividades logísticas, e mostram-se como uma boa alternativa estratégica para a gestão dos hospitais. Essas alianças hospitalares possibilitam reduzir e eliminar carências de recursos (materiais, humano/profissional, financeiro, tecnológico etc.), aumentarem o nível de qualidade na prestação de serviço e agregação valor aos usuários internos e externos. Sendo sabido que para isso precisam enfrentar vários desafios ou dificuldades como os apresentados nos casos: falta de apoio governamental; custos com sistema de informação intra e interorganizacional; conflitos de interesses entre os setores hospitalar e de suprimentos; conflitos de interesse e de poder entre as equipes entre outros.

Casos de alianças	Tipos de organizações	Estrutura de gestão/ coordenação	Atividades de colaboração	Benefícios	Facilitadores	Dificuldades
Caso Taiwan (CHU; CHIANG, 2013).	<ul style="list-style-type: none"> entre hospitais públicos 	<ul style="list-style-type: none"> nível formal (contratos de gestão); ponto central da gestão e operações da AEH – grande hospital geral; controlados pelo Departamento de saúde de Taiwan. 	<ul style="list-style-type: none"> aquisições centralizadas; compartilhamento de recursos; intercâmbios técnicos; marketing conjunto; comércio eletrônico. 	<ul style="list-style-type: none"> mais competitivos e eficientes; redução e melhor controle sobre seus custos operacionais; melhor desempenho na prestação de serviço a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> política do governo em desenvolver as AEHs; número de medidas impostas pelo governo para contenção de custos. 	<ul style="list-style-type: none"> elevados custos de cooperação interorganizacional.
Caso Espanha (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> entre hospitais; hospitais e centros de cuidados primários; hospitais e outras instituições. 	<ul style="list-style-type: none"> nível de formalização não definido; criação de equipes de gestão da aliança. 	<ul style="list-style-type: none"> tratamentos e controles; telemedicina, teleassistência; capacitação e partilha de serviços de profissionais de saúde; prestação de serviços privados de saúde; colaboração farmácia; pesquisas entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> otimização da eficiência e melhor desempenho do sistema de saúde; redução de custos de transação, medicamentos/ materiais, transporte de pacientes e internações; partilha de recursos humanos; aumento de conhecimento dos profissionais; melhor qualidade do serviço prestado; inovações tecnológicas e organizacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> sistema de informação e comunicação; motivação da equipe com espírito de colaboração. 	<ul style="list-style-type: none"> falta de apoio governamental; barreiras de relacionamento interorganizacional; alto custo com gestão da aliança e sistema de informação e comunicação.
Casos Estados Unidos Caso 1 (BURNS; LEE, 2008) Caso 2 (NELSON <i>et al.</i> , 1999a)	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: consórcios voluntários de compras entre hospitais; hospitais e fornecedores. Caso 2: Sistema de saúde sem fins lucrativos e Sistema de saúde privado. 	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: nível informal (hospitais); nível formal (contratos fornecedores) Caso 2: nível formal (contratos). 	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: atividade de compras. Caso 2: atendimento a saúde; prevenção de doenças; investigação de compras; comercialização conjunta; projetos e implementação de avaliação do sistema de saúde; atividade de base comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: economia de escala; redução de custos de transação e cuidados de saúde; redução de preços do produto; aumenta a receita; reduz riscos de mercado e demanda; acrescenta valor ao serviço prestado. Caso 2: redução de duplicação de tarefas; economia de escala; redução de tratamentos caros devido melhor acesso dos cuidados primários; aumento da capacidade do sistema de prevenção; partilha de recursos, riscos, responsabilidades e recompensas; população mais saudável a um menor custo logístico e com profissionais etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: não foi destacado na pesquisa. Caso 2: desejo de colaborar e objetivo comum; sistema de informação e gerencial integrado; conhecimento da comunidade; confiança; história de trabalho em conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> Caso 1: conflitos de interesses entre setores (hospitais e fornecedores); tensões internas; equipe médica e itens de sua preferência (resistência de padronização) Caso 2: determinar controle operacional, pessoal e de gestão; compatibilidade de culturas; médicos não querem atender pacientes frutos da aliança; questões de pagamento etc.
Caso Singapura (PAN; POKHAREL, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> entre hospitais (públicos e privados) entre hospitais e fornecedores 	<ul style="list-style-type: none"> nível de formalidade não relatado; formação de equipes (gerentes das divisões de gestão de materiais) 	<ul style="list-style-type: none"> atividades de aquisição, armazenagem e alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> economia de escala; redução de níveis de estoques e tempo; redução de custos logísticos (armazenagem, estoque, compras, sistema de informação). 	<ul style="list-style-type: none"> utilização da tecnologia de informação e comunicação; comércio eletrônico; e implementação do JIT. 	<ul style="list-style-type: none"> não foram relatadas.
Caso Brasil (CUNHA, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> entre dois hospitais de ensino público 	<ul style="list-style-type: none"> nível formal; responsabilidade de coordenação somente de um hospital; desenvolvimento de uma única equipe para os dois hospitais. 	<ul style="list-style-type: none"> atividades de laboratório; atividade de gestão de transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> redução dos custos de laboratório, funcionários, infraestrutura e serviços prestados; aumentou a informatização e reforma do laboratório; efetiva logística de transporte; redução de custos com reparos e consertos dos veículos; economia de escala etc. 	<ul style="list-style-type: none"> não foi mencionado. 	<ul style="list-style-type: none"> interesses de poder e conflitos entre a equipe; dificuldades gerenciais.

Quadro 4: Síntese dos casos de alianças hospitalares (foco direto e indireto na área de logística)

Fonte: Elaborado pela autora

Os casos também apresentam facilitadores para auxiliar na empreitada de desenvolvimento de alianças hospitalares, tais como: sistema de informação e comunicação integrado; objetivos comuns; conhecimento da comunidade ou região que prestam serviços; história de trabalho em conjunto; sistema gerencial da aliança em integrado; motivação da equipe e senso de colaboração; confiança no parceiro; e apoio do governo.

Além dos cinco casos de alianças hospitalares sintetizados no Quadro 4, há outros em:

- Nova Zelândia, os autores Beverland e Bretherton (2001, p. 94-95) apresentam que existe uma mistura entre prestadores privados e públicos de saúde, que utilizam de alianças estratégicas para obter melhores desempenhos. Dentre elas identificaram: alianças horizontais que são desenvolvidos com concorrentes, sendo necessárias para oferecer serviços clínicos completos, bem como compartilhar recursos caros; alianças verticais são formadas com fornecedores de habilidades (cirurgiões privados), equipamentos hospitalares, serviços gerais, e materiais necessários, tais como produtos farmacêuticos. Na esfera privada os hospitais em alianças levam em conta todos os elementos do serviço oferecido ao cliente de atendimento médico, limpeza, nutrição, serviço pós-venda e interações com os médicos de clínica geral. Na esfera pública, o processo de licitação criado pelo governo faz os hospitais serem capaz de oferecer não só serviços de melhor qualidade, mas operar dentro de rígidos controles de custos. Assim o desenvolvimento de alianças foi uma opção por permitir obter uma melhor utilização de recursos, bem como alargar o leque de serviços oferecidos aos clientes.

- Taiwan Landseed Medical Alliance (TLMA), formada em 1993 por oito pequenos hospitais distritais particulares, que visaram combinar competências para sobreviver à concorrência acirrada, modernizar a estrutura hospitalar, ganhar em economia de escala por meio da compra conjunta, aumentar a qualidade do serviço prestado e promoção da boa prática hospitalar. Com o passar do tempo e aumento da experiência em colaborar expandiram a cooperação para as áreas de gestão de recursos humanos, acadêmica, clínica, instalações e compartilhamento de recursos. Vincula o êxito da aliança hospitalar: a confiança entre os parceiros; origens semelhantes; transparência de informações, ganhos e contas de todos os hospitais da aliança; localização em diferentes áreas de Taiwan, sem sobreposição de mercados e concorrência direta; medidas para estabelecer um sistema de identidade corporativa unificada - todos os hospitais membros têm o mesmo logotipo e slogan; eventos anuais para reforçar a sensação de ser parte de uma equipe, por exemplo, um dia de esportes,

um festival cultural e uma festa de final de ano; reuniões a cada três meses para informar sobre os desempenhos dos hospitais; os superintendentes conhecem uns aos outros e compartilham informações sobre as mudanças políticas, tendências de mercado e objetivos estratégicos comuns; retiro anual para superintendentes e gerentes dos hospitais com palestras e *workshops* em gestão hospitalar e de colaboração (LU; TSAI; LIU, 2011).

- Morrissey (2014) apresenta três casos: no sul de New Hampshire, uma aliança com uma abordagem colaborativa de mais de cinco anos, que desenvolve um programa de análise da população, para informar e melhorar as práticas de custo-eficiência, compra conjunta, atendimento ao paciente com a capacidade coletiva de prever e gerenciar riscos de saúde; na região norte do estado de Nova York, desenvolveu-se aliança entre hospitais e médicos para melhorar sua capacidade regional de atendimento às necessidades de saúde da população, quanto à escassez de recursos e como plano de sobrevivência financeira; e na Geórgia central e sul, do lado de Atlanta, uma aliança que abrange 30 hospitais e seus médicos, para minimizar lacunas no atendimento clínico, *know-how* e despesas em toda a região, por meio de negociações com grandes fornecedores e um armazém de dados comum, em que cada instituição contribui com dados e informações para análise e oportunidades de melhorias. Segundo o autor os hospitais argumentam que as alianças obtêm sucesso por obter um objetivo em comum: “a gestão da saúde da população como o Santo Graal”, onde somente o reconhecimento de uma gestão de saúde sofisticada e forte, pode superar qualquer outra estratégia que vise benefícios à rede de saúde da comunidade.

Vale salientar que durante a revisão de literatura encontrou-se somente os casos de alianças logísticas entre hospitais (foco direto e indireto) listados nesta subseção. O que vem a demonstrar que a aliança logística no ambiente hospitalar não é foco de muitos estudos e vista com grande relevância para agregação de valor, como no ambiente empresarial.

No entanto, os casos de alianças hospitalares apresentados na subseção 2.7.1, confirmam a oportunidade estratégica que, principalmente, os hospitais que enfrentam dificuldades nos fluxos de materiais, medicamentos e informações, podem utilizar para minimizá-las ou até mesmo eliminá-las. Para tanto, precisam planejar o desenvolvimento das alianças hospitalares com foco na área de logística, de forma consciente e adequada. Assim a tese vem de encontro em propor uma sistemática que oriente nesse planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.

No próximo capítulo, visando organizar o desenvolvimento desta sistemática abordam-se sínteses de contribuições da literatura de aliança logística e aliança logística entre hospitais. Em seguida apresentam-se quadros referenciais teóricos para sistematização de características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades e processos de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.

3 Sistematização de quadros teóricos e contribuições da revisão de literatura

A revisão de literatura com perspectiva geral da aliança logística, afunilando para as alianças logísticas entre hospitais possibilita montar um quadro referencial teórico de pontos importantes a ser analisados e comparados aos estudos de caso. Além de permitir uma rica compreensão e conhecimento do tema, quanto a conceitos, características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades, procedimentos e abordagens de processos que são relevantes para orientar no planejamento e operação da aliança logística, e principalmente para aliança logística entre hospitais.

Os hospitais são um ambiente altamente complexo e dinâmico, tanto do ponto de vista dos fluxos de materiais, medicamentos e informações, quanto dos fluxos de pacientes e profissionais, sendo propício e oportuno para o desenvolvimento de aliança logística, que pode beneficiá-los nas dimensões de custo, qualidade, flexibilidade, agilidade e inovação.

Na literatura pesquisada de alianças hospitalares, com foco direto e indireto na área de logística, não encontrou-se informações de planejamento, operação e controle unificados desses relacionamentos, nem uma linguagem simples e visual dos procedimentos ou passo a passo para geri-las de forma eficiente e eficaz. Também não encontrou estudos empíricos que validem essas orientações de planejamento das alianças no ambiente hospitalar, mais especificamente na área de logística, e que forneçam evidências de seu impacto sobre o desempenho desses relacionamentos.

Neste contexto, analisar e propor uma sistemática que oriente o planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, integrando detalhes de uma literatura vasta de informações úteis relativas à formação, fases, projetos e governança da área de logística, com o ambiente de logística hospitalar, possibilita compilar detalhes quanto aspectos não encontrados na literatura deste setor. Além de maior especificidade e profundidade do tema aliança logística para uma investigação em casos práticos entre hospitais.

Com o intuito de organizar e unificar essa literatura para desenvolvimento dessa sistemática as próximas seções apresentam sínteses em quadros de pontos como características, motivadores, facilitadores, benefícios, dificuldades, abordagens para planejamento e operação da aliança logística entre hospitais. Esses pontos estão ordenados dentro de cada quadro por *ranking* de número de autores que os mencionaram, sendo estes dispostos em ordem alfabética de sobrenomes, como sugerido pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). Quando um ponto, por exemplo, uma característica for

mencionada na mesma quantidade que outra, elas são alocadas para o mesmo *ranking* e ordenada em ordem alfabética.

3.1 Aliança logística

As características da aliança logística buscam determinar o que é específico desse tipo de relacionamento entre as organizações. Assim, com base no número de autores que as mencionaram na revisão de literatura, desenvolveu-se no Quadro 5 uma lista de características dessas alianças logísticas, vinculando os autores que as citaram e o seu *ranking* de representatividade.

Características	Autores	Ranking
Relação ganha-ganha	Bagchi; Virum (1996); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Córdova <i>et al.</i> (2012); Gentry (1996); Huang <i>et al.</i> (2011); Moore (1998); Schmoltzi; Wallenburg (2012); Smith; Hair Jr.; Ferguson (2014); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	1º -Citada por 11 autores
Relação de cooperação	Bagchi; Virum (1996); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Daugherty (2011); Gentry (1996); Moore (1998); Schmoltzi; Wallenburg (2012); Sharma; Choudhury (2014); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	2º - Citadas por 10 autores cada
Relação de longo prazo	Bagchi; Virum (1996); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Gentry (1996); Huang <i>et al.</i> (2011); Moore (1998); Sharma; Choudhury (2014); Smith; Hair Jr.; Ferguson (2014); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	
Definição de objetivos comuns	Bowersox (1990); Chow; Heaver; Henriksson (1995); Córdova <i>et al.</i> (2012); Daugherty (2011); Huang <i>et al.</i> (2011); Schmoltzi; Wallenburg (2012); Smith; Hair Jr.; Ferguson (2014); Stock; Greis; Kasarda (2000); Ying; Yan-Ping (2007).	3º -Citada por 09 autores
Partilha de recursos tangíveis e intangíveis	Bowersox (1990); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Chow; Heaver; Henriksson (1995); Huang <i>et al.</i> (2011); Sharma; Choudhury (2014); Stock; Greis; Kasarda (2000).	4º -Citada por 06 autores
Compartilhamento de informações operacionais a estratégias, com comunicação rápida e transparente	Gentry (1996); Moore (1998); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	5º - Citadas por 04 autores cada
Grau de formalização (tende a predominar relação informal com regras básicas e procedimentos execução/gestão)	Bagchi; Virum (1996); Bowersox (1990); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Liu; Lai; Li (2009).	
Flexibilidade de adaptação da cadeia de suprimentos e mecanismo de governança	Frankel; Whipple; Frayer (1996); Kopczak (1997); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	
Independência organizacional	Bagchi; Virum (1996); Cunha (2003); Huang <i>et al.</i> (2011).	
Obtenção de resultados competitivos	Bagchi; Virum (1996); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Liu; Lai; Li (2009)	6º – Citadas por 03 autores cada
Planejamento e operação integrada/ colaborativa	Schreiner; Kale; Corsten (2009); Stank; Daugherty (1997); Ying; Yan-Ping (2007).	
Relação de confiança	Bowersox (1990); Moore (1998); Stank; Daugherty (1997).	

Quadro 5: Características de aliança logística (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Características	Autores	Ranking
Alto grau de dependência	Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990)	7º – Citadas por 02 autores cada
Atividades comuns de partilha: transporte, compras e algumas funções de armazenagem	Bagchi; Virum (1996); Bowersox (1990).	
Conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado	Bagchi; Virum (1996); Moore (1998).	
Monitoramento e controle da aliança	Stank; Daugherty (1997); Schmoltzi; Wallenburg (2012)	
Seleção de parceiros com base no desempenho, competências e habilidades	Ying; Yan-Ping (2007)	8º -Citada por 01 autor

Quadro 5: Características de aliança logística (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

Os autores estudados apresentaram 19 (dezenove) características de alianças logísticas, distribuídas em oito *rankings*: 1º *ranking* - relação ganha-ganha, citada por onze autores; 2º *ranking* - estão duas características, citadas por dez autores cada: relação de cooperação e relação a longo prazo; 3º *ranking* - definição de objetivos comuns, citada por nove autores; 4º *ranking* - partilha de recursos tangíveis e intangíveis, citada por seis autores; 5º *ranking* - estão três características, citadas por quatro autores cada: compartilhamento de informações operacionais a estratégicas, com comunicação rápida e transparente; grau de formalização; e flexibilidade de adaptação da cadeia de suprimentos e mecanismo de governança; 6º *ranking* - estão quatro características, citadas por três autores cada: independência organizacional; obtenção de resultados competitivos; planejamento e operação integrada/colaborativa; e relação de confiança; 7º *ranking* - estão quatro características, citadas por dois autores cada: alto grau de dependência; atividades comuns de partilha - transporte, compras e algumas funções de armazenagem; conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado; e monitoramento e controle da aliança; 8º *ranking*, citada por uma autor, está a seleção de parceiros com base no desempenho, competências e habilidades.

Os motivos que levam as organizações a formarem e desenvolverem alianças logísticas são os mais diversificados, podem estar relacionados a questões ambientais, operacionais, estratégicos, financeiros, tecnológicos, aprendizagem e conhecimento entre outros, e estarem sobrepostos. Com base no número de autores que os mencionaram na revisão de literatura, desenvolveu-se no Quadro 6 uma lista dos possíveis motivos de uma aliança logística, vinculando os autores que os citaram e seu *ranking* de representatividade.

Motivos	Autores	Ranking
Desenvolver ou obter tecnologias e inovações	Beverland; Bretherton (2001); Das; Kumar (2011); Dodourova (2009); Jianmim (2010); Kale; Singh (2009); Ratten (2004); Sharma; Choudhury (2014); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Sambasivan <i>et al.</i> (2013)	1º - Citado por 09 autores
Acessar ou ampliar novos mercados	Beverland; Bretherton (2001); Dodourova (2009); Jianmim (2010); Kale; Singh (2009); Lowensberg (2010); Sharma; Choudhury (2014); Solesvik; Westhead (2010)	2º - Citado por 07 autores
Reduzir incertezas do ambiente	Beverland; Bretherton (2001); Das; Kumar (2011); Dodourova (2009); Kale; Singh (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Solesvik; Westhead (2010)	3º - Citado por 06 autores
Obter competências e habilidades	Beverland; Bretherton (2001); Jianmim (2010); Kale; Singh (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Solesvik; Westhead (2010)	4º - Citados por 05 autores cada
Obter recursos complementares ou específicos	Beverland; Bretherton (2001); Jianmim (2010); Kale; Singh (2009); Lowensberg (2010); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013)	
Obter conhecimento e aprendizagem	Beverland; Bretherton (2001); Jianmim (2010); Lowensberg (2010); Solesvik; Westhead (2010)	5º - Citado por 04 autores
Aumentar posição competitiva	Jianmim (2010); Sharma; Choudhury (2014); Solesvik; Westhead (2010)	6º - Citados por 03 autores cada
Dependência de recursos	Beverland; Bretherton (2001); Lowensberg (2010); Solesvik; Westhead (2010)	
Obter economias de custos	Lowensberg (2010); Sharma; Choudhury (2014); Solesvik; Westhead (2010)	
Compartilhar influência da marca	Jianmim (2010); Sharma; Choudhury (2014)	7º - Citados por 02 autores cada
Minimizar riscos e investimentos	Kale; Singh (2009); Solesvik; Westhead (2010)	
Obter agilidade e flexibilidade	Dodourova (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013)	
Ampliar leque de produtos e serviços	Beverland; Bretherton (2001)	8º - Citados por 01 autor cada
Obter vantagens do pioneirismo	Solesvik; Westhead (2010)	
Superar barreiras e políticas governamentais	Lowensberg (2010)	

Quadro 6: Motivos de aliança logística**Fonte:** Elaborado pela autora

No Quadro 6 apresentam-se dezesseis motivos para formar e desenvolver uma aliança logística, distribuídos em oito *rankings*: 1º desenvolver ou obter tecnologias e inovações - citado por nove autores; 2º acessar ou ampliar para novos mercados - citado por sete autores; 3º reduzir incertezas do ambiente - citado por seis autores; 4º sobrepondo no mesmo *ranking* dois motivos: obter competências e habilidades, e obter recursos complementares ou específicos - citados por quatro autores cada um; 5º obter conhecimento e aprendizagem - citado por quatro autores; 6º sobrepondo neste mesmo *ranking* três motivos, citados por três autores cada um - aumentar posição competitiva, dependência de recursos, e obter economias de custos; 7º *ranking*, citados por dois autores cada um, estão: compartilhar influência da marca, minimizar riscos e investimentos, e obter agilidade e flexibilidade; 8º *ranking* - estão três características, citadas por um autor cada: ampliar leque de produtos e serviços; obter vantagens do pioneirismo; e superar barreiras e políticas governamentais.

Vale salientar que os motivos das alianças logísticas podem ser diferentes, dependendo da perspectiva e contexto que os membros estão inseridas. Por exemplo, a busca de alianças logísticas de uma empresa com fornecedores pode ser pelo motivo de garantir a economia de escala das matérias primas ou a agilidade e flexibilidade das mesmas. Por outro lado, o motivo de formar aliança logística com clientes pode ser para compartilhar informações sobre a demanda, o que permite melhor planejamento da produção e sua distribuição física. A aliança logística entre empresas do mesmo setor podem ser pelo motivo de desenvolver novas tecnologias para gestão de armazéns ou de rastreabilidade dos meios de transporte.

Os facilitadores para que esses motivos se tornem benéficos aos membros da aliança logística, são sintetizados no Quadro 7, relacionando os autores e o número de autores que os mencionaram, desenvolvendo assim os *rankings* de representatividade.

Facilitadores	Autores	Ranking
Sistema de informação e comunicação direto, rápido e transparente	Bayraltar <i>et al.</i> (2008); Corso; Silva; Sandrini (2005); Das; Kumar (2011); Dodourova (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Tsai; Ding; Rice (2008); Woo; Hsu; Wu (2001)	1º - Citados por 07 autores cada
Compromisso e reciprocidade ou confiança	Corso; Silva; Sandrini (2005); Daugherty (2011); Dodourova (2009); Rossi; Póvoa (2008); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Tsai; Ding; Rice (2008); Whipple; Frankel (2000)	
Compartilhamento de informações operacionais e estratégicas	Bowersox; Closs; Cooper (2007); Corso; Silva; Sandrini (2005); Daugherty (2011); Fawcett <i>et al.</i> (2007); Rossi; Póvoa (2008); Whipple; Frankel (2000)	2º - Citado por 06 autores
Mecanismos de estrutura e governança bem definidos	Corso; Silva; Sandrini (2005); Daugherty (2011); Dodourova (2009); Tsai; Ding; Rice (2008); Whipple; Frankel (2000)	3º - Citado por 05 autores
Apoio da alta administração	Daugherty (2011); Lambert; Cooper (2000); Whipple; Frankel (2000)	4º - Citado por 03 autores
Compatibilidade com o aliado	Daugherty (2011); Whipple; Frankel (2000)	5º - Citado por 02 autores
Objetivos comuns e estratégias bem definidos e declarados	Bowersox (1990)	6º - Citados por 01 autor cada
Organização mediadora	Tsai; Ding; Rice (2008)	
Trabalho em equipe	Dodourova (2009)	

Quadro 7: Facilitadores de aliança logística

Fonte: Elaborado pela autora

Verifica-se no Quadro 7, oito facilitadores para promoção de sucesso de uma aliança logística, que são: 1º sobrepondo-se no mesmo *ranking*, citados por sete autores cada, estão: sistema de informação e comunicação direta, rápida e transparente; compromisso e reciprocidade ou confiança; 2º *ranking* - compartilhamento de informações operacionais e estratégicas, citado por seis autores; 3º *ranking* - mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados entre os membros e funcionários, citado por cinco autores; 4º *ranking* - apoio da alta administração, citado por três autores; 5º *ranking* - compatibilidade com o aliado, do ponto de vista estrutural, estratégico, cultural e valores, citado por dois autores; 6º

sobrepondo-se no mesmo *ranking*, três motivos citados por um autor cada: objetivos comuns e estratégias bem definidos e declarados; organização mediadora, que auxilie no planejamento e operação da aliança logística de forma imparcial; e trabalho em equipe, os funcionários internos e dos aliados trabalham unidos em busca dos objetivos comuns.

Os benefícios colhidos com o bom desenvolvimento da aliança logística apresentam-se sintetizados no Quadro 8, ordenados pelo número de autores que os citaram na literatura pesquisada.

Benefícios	Autores	Ranking
Redução de custos e ganhos em negociação de larga escala	Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Córdova <i>et al.</i> (2012); Corso; Silva; Sandrini (2005); Das; Kumar (2011); Daugherty (2011); McMullan (1996); Moore (1998); Jianmim (2010); Rossi; Póvoa (2008); Sambasivan <i>et al.</i> (2013); Sharma; Choudhury (2014); Tsai; Ding; Rice (2008); Woo; Hsu; Wu (2001)	1º - Citado por 14 autores
Facilidade de entrada/saída e expansão em novos mercados	Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Das; Kumar (2011); McMullan (1996); Jianmim (2010); Ratten (2004); Kale; Singh (2009); Rossi; Póvoa (2008); Sambasivan <i>et al.</i> (2013); Tsai; Ding; Rice (2008)	2º - Citados por 10 autores cada
Vantagem competitiva e agregação de valor ao cliente/ melhor desempenho	Bagchi; Virum (1996); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Córdova <i>et al.</i> (2012); Corso; Silva; Sandrini (2005); Daugherty (2011); McMullan (1996); Sambasivan <i>et al.</i> (2013); Sharma; Choudhury (2014); Woo; Hsu; Wu (2001)	
Acesso ou partilha de tecnologias	Córdova <i>et al.</i> (2012); Jianmim (2010); Ratten (2004); Rossi; Póvoa (2008); Sharma; Choudhury (2014); Sambasivan <i>et al.</i> (2013); Tsai; Ding; Rice (2008)	3º - Citados por 07 autores cada
Flexibilidade e agilidade de tempo, quantidade, lugar e respostas	Bhatnagar; Viswanathan (2000); Bowersox (1990); Córdova <i>et al.</i> (2012); Corso; Silva; Sandrini (2005); Daugherty (2011); McMullan (1996); Moore (1998)	
Partilha de riscos	Bowersox (1990); Das; Kumar (2011); Moore (1998); Ratten (2004); Kale; Singh (2009); Sambasivan <i>et al.</i> (2013)	4º - Citado por 06 autores
Desenvolvimento de produtos e serviços inovadores/diferentes	Córdova <i>et al.</i> (2012); Corso; Silva; Sandrini (2005); Das; Kumar (2011); Tsai; Ding; Rice (2008)	
Partilha de competências e habilidades	Bowersox (1990); Das; Kumar (2011); Sambasivan <i>et al.</i> (2013); Tsai; Ding; Rice (2008)	5º - Citados por 04 autores cada
Partilha e obtenção de conhecimento/ aprendizagem	Bagchi; Virum (1996); Jianmim (2010); Ratten (2004); Tsai; Ding; Rice (2008)	
Partilha e obtenção de recursos	Das; Kumar (2011); ; Kale; Singh (2009); Ratten (2004); Sambasivan <i>et al.</i> (2013)	
Foco na atividade ou competência central	Bhatnagar; Viswanathan (2000); McMullan (1996); Rossi; Póvoa (2008)	6º - Citado por 03 autores
Redução da complexidade da estrutura organizacional e da equipe	Corso; Silva; Sandrini (2005); Rossi; Póvoa (2008)	7º - Citado por 02 autores
Crescimento econômico da região	Sharma; Choudhury (2014)	8º - Citados por 01 autor cada
Eleva a imagem dos aliados	Sharma; Choudhury (2014)	
Processo de melhoria contínua	Bagchi; Virum (1996)	

Quadro 8: Benefícios de aliança logística

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que foram listados com base na revisão de literatura 15 (quinze) possíveis benefícios obtidos com a aliança logística, que estão distribuídos entre oito

rankings: 1º redução de custos e ganhos em negociação de larga escala, citado por catorze autores; 2º sobrepondo o mesmo *ranking*, citados por dez autores cada, estão: facilidade de entrada/saída e expansão em novos mercados, e vantagem competitiva e agregação de valor ao cliente; 3º sobrepondo o mesmo *ranking*, citados por sete autores cada, estão: acesso ou partilha de tecnologia, e flexibilidade e agilidade de tempo, quantidade, lugar e respostas; 4º *ranking* - partilha de riscos, citado por seis autores; 5º *ranking*, citado por quatro autores estão: desenvolvimento de produtos e serviços inovadores/diferentes; partilha de competências e habilidades; partilha e obtenção de conhecimento e aprendizagem; e partilha e obtenção de recursos; 6º *ranking* - foco na atividade ou competência central, citado por três autores; 7º *ranking* - redução da complexidade da estrutura organizacional e da equipe, citado por dois autores; 8º sobrepondo o mesmo *ranking*, citados por um autor cada estão: crescimento econômico da região; eleva a imagem dos aliados; e processo de melhoria contínua.

Estes benefícios podem variar de relevância de organização para organização, pois depende do motivo que impulsionou a formação da aliança logística e o contexto que estão inseridas. Para obter esses benefícios ou o sucesso da aliança logística, existem alguns dificuldades e desafios a serem enfrentados pelos membros, que estão sintetizados no Quadro 9, com base no número de autores que os citaram na literatura utilizada e seus *rankings* de representatividade.

Dificuldades	Autores	Ranking
Confiança	Bowersox (1990); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008); Dodourova (2009); Fawcett <i>et al.</i> (2008); Moore; Cunningham III (1999); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Smith; Hair Jr.; Ferguson (2014); Tsai; Ding; Rice (2008)	1º - Citado por 09 autores
Gestão e controle do relacionamento de organizações independentes (integrar/mensurar)	Das; Kumar (2011); Lowensberg (2010); Kale; Singh (2009); Rossi; Póvoa (2008); Schreiner; Kale; Corsten (2009); Simatupang; Sridhara (2002); Tsai; Ding; Rice (2008)	2º - Citado por 07 autores
Comunicação de forma clara e eficiente	Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008); Ketchen <i>et al.</i> (2008); Schreiner; Kale; Corsten (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Trkman <i>et al.</i> (2007); Tsai; Ding; Rice (2008)	3º - Citados por 06 autores cada
Cultura organizacional e sistema de valores diferentes	Bowersox (1990); Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008); Dodourova (2009); Ketchen <i>et al.</i> (2008); Trkman <i>et al.</i> (2007); Tsai; Ding; Rice (2008)	4º - Citados por 03 autores cada
Conflitos de interesses	Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008); Dodourova (2009); Rossi; Póvoa (2008);	
Compromisso com os aliados	Moore; Cunningham III (1999); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Smith; Hair Jr.; Ferguson (2014)	
Partilhar de informações estratégicas	Bowersox (1990); Bhatnagar; Viswanathan (2000); Fawcett <i>et al.</i> (2008)	

Quadro 9: Dificuldades da aliança logística (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Dificuldades	Autores	Ranking
Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional	Ketchen <i>et al.</i> (2008); Trkman <i>et al.</i> (2007)	5º - Citado por 02 autor
Gerar valor incremental aos membros	Kale; Singh (2009)	6º - Citados por 01 autor cada
Resistência a mudanças	Bowersox (1990)	

Quadro 9: Dificuldades da aliança logística (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

No Quadro 9 verifica-se dez dificuldades e desafios que as alianças logísticas precisam superar, que são: 1º *ranking* - confiança, citado por nove autores; 2º *ranking* - gestão e controle do relacionamento de organizações independentes de forma integrada, citado por sete autores; 3º *ranking* - estão duas dificuldades, citados por seis autores cada: comunicação de forma clara e eficiente; e cultura organizacional e sistema de valores diferentes; 4º *ranking* - estão três dificuldades, citados por três autores: conflitos de interesse; compromisso com os aliados; e partilhar de informações estratégicas; 5º *ranking* - altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional, mencionado por dois autores; 6º *ranking* - estão duas dificuldades, citados por um autor cada: geral valor incremental aos membros e resistência a mudanças.

Essas dificuldades são minimizadas por meio dos facilitadores apresentados no Quadro 7 e com o planejamento e operações adequadas da aliança logística, que são apresentados no Quadro 10, uma síntese por abordagens dos principais processos e procedimentos tratados na revisão de literatura para orientar nesses quesitos.

Abordagens	Autores	Ranking
Gestão, coordenação e controle da aliança (por processo, consenso, adaptação das estruturas, ambiente de equipe, mecanismos de governança, capital relacional, medição e controle das operações, aprendizagem).	Bagchi; Virum (1996); Bowersox (1990); Brekalo; Albers; Defmann (2013); Bronder; Pritzl (1992); Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996); Kale; Singh (2009); Mandal; Love; Irani (2003); Ring (2000); Schmoltzi; Wallenburg (2012); Schreiner; Kale; Corsten (2009); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013); Wallenburg; Schäffler (2014)	1º - Citados por 12 autores cada
Planejamento em conjunto dos objetivos, estratégias, estrutura, grau de formalização, autoridade, sistema de informação e comunicação, alocação de recursos, competências, níveis de riscos, indicadores de desempenhos.	Bagchi; Virum (1996); Brekalo; Albers; Defmann (2013); Bronder; Pritzl (1992); Brouthers; Brouthers; Wilkinson (1995); Das; Kumar (2011); Kale; Singh (2009); Lambert; Cooper (2000); Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996); Mandal; Love; Irani (2003); Ring (2000); Schmoltzi; Wallenburg (2012); Wallenburg; Schäffler (2014)	
Planejamento de critérios e seleção dos parceiros: objetivos comuns; ajustes fundamentais, adequação estratégica, adequação cultural, espírito cooperativo; harmonia de plano de negócios, experiência, competências, recursos tangíveis e intangíveis, riscos.	Bagchi; Virum (1996); Bowersox (1990); Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008); Bronder; Pritzl (1992); Brouthers; Brouthers; Wilkinson (1995); Feng; Xiao (2010); Huang <i>et al.</i> (2011); Jianmim (2010); Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996); Kale; Singh (2009); Ying; Yan-Ping (2007)	2º - Citado por 11 autores
Mensuração e revisão de desempenhos da aliança logística (operacional, estratégico, financeiro, qualidade etc.).	Bagchi; Virum (1996); Brekalo; Albers; Defmann (2013); Bronder; Pritzl (1992); Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996); Mandal; Love; Irani (2003); Das; Kumar (2011); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013)	3º - Citado por 07 autores

Quadro 10: Abordagens de planejamento e operações de aliança logística (continua)**Fonte:** Elaborado pela autora

Abordagens	Autores	Ranking
Preparação e configuração da aliança logística internamente (objetivo, domínio e direção de cooperação, intensidade, tempo, recursos, competências, equipe etc.)	Bagchi; Virum (1996); Bronder; Pritzl (1992); Kale; Singh (2009); Mandal; Love; Irani (2003); Ring (2000); Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013)	4º - Citado por 06 autores
Decisão estratégica da necessidade e viabilidade de desenvolver uma aliança logística (direcionadores, forças, fraquezas, riscos, tempo, vantagens, objetivos globais e específicos, estratégias futuras)	Bagchi; Virum (1996); Bronder; Pritzl (1992); Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996)	5º - Citado por 03 autores

Quadro 10: Abordagens de planejamento e operações de aliança logística (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

As abordagens de planejamento e operações de alianças mais discutidas pelos autores são: 1º *ranking* - gestão e controle da aliança, e planejamento em conjunto, citados por doze autores cada; 2º *ranking* - planejamento de critérios e seleção de parceiros, citados por onze autores; 3º *ranking* - mensuração e revisão de desempenho da aliança logística, mencionado por sete autores; 4º *ranking* - preparação e configuração da aliança logística pela organização antes de procurar o parceiro, citado por seis autores; e 5º *ranking* - decisão estratégica da necessidade e viabilidade em desenvolver uma aliança logística, mencionado por três autores.

Percebe-se no Quadro 10, que os autores apresentam abordagens de processos e procedimentos de planejamento e operações da aliança logística de forma fragmentada. O que vem a corroborar a visão de Jianmim (2010), que há pouco estudo empírico sobre os mecanismos de preparação, formação e desenvolvimento da aliança logística. E dos autores Das e Kumar (2011) e Lowensberg (2010), que acrescentam serem limitados os estudos empíricos que orientem na gestão de forma holística e da perspectiva de ciclo de vida da aliança, com uma sequência de processos e procedimentos que orientem o início, meio e fim. Isto reforça a necessidade e contribuição do desenvolvimento da tese, tanto do ponto de vista acadêmico como prático no dia a dia dos gestores.

3.2 Aliança logística entre hospitais

Com base na literatura estudada sintetiza-se no Quadro 11 características das alianças logísticas entre hospitais, para ter melhor compreensão e uma descrição geral desse tipo de relacionamento. Para tanto, apresenta-se os autores que as mencionaram e seu *ranking* de representatividade.

Características	Autores	Ranking
Arranjo flexível (variação do grau de coordenação; formalização, obrigações e estrutura)	Burns; Lee (2008); Clement <i>et al.</i> (1997); Leatt; Barnsley (1994); Morrissey (2014); Murray; James (2012); Novotny; Donahue; Bhalla (2004)	1º - Citados por 06 autores cada
Partilha de recursos, competências, benefícios e riscos	Burns; Lee (2008); Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); Clement <i>et al.</i> (1997); Murray; James (2012); Zuckerman; Annuno (1990)	
Definição de objetivos comuns	Burns; Lee (2008); Chu; Chiang (2013); Clement <i>et al.</i> (1997); Novotny; Donahue; Bhalla (2004); Zuckerman; Annuno (1990)	2º - Citado por 05 autores
Atividades comuns de partilha: negociações e compras centralizadas/conjunta	Burns; Lee (2008); Chu; Chiang (2013); Schneller; Smettzer (2006); Strong (1995)	3º - Citado por 04 autores
Relação de compromisso recíproco	Leatt; Barnsley (1994); Novotny; Donahue; Bhalla (2004)	4º - Citados por 02 autores
Relação de longo prazo	Chu; Chiang (2013); Young <i>et al.</i> (2001)	
Adesão seletiva	Cardwell; Bolon (1996)	5º - Citado por 01 autor

Quadro 11: Características de aliança logística entre hospitais**Fonte:** Elaborado pela autora

A literatura de alianças hospitalares ou aliança logística entre hospitais, apresentou sete características distribuídas em em cinco *rankings*: 1º *ranking* - estão duas características, citadas por seis autores cada: arranjo flexível quanto ao grau de coordenação, formalização (formal e informal), obrigações e estrutura; e partilha de recursos, competências, benefícios e riscos; 2º *ranking* - definição de objetivos comuns, citado por cinco autores; 3º *ranking* - atividades comuns de partilha - negociações e compras centralizadas ou conjuntas, citado por quatro autores; 4º *ranking* - estão duas características, citadas por dois autores cada: relação de compromisso recíproco e relação de longo prazo; e 5º *ranking* - adesão seletiva, citada por um autor.

No Quadro 12 aborda os motivos que impulsionam os hospitais a formarem e desenvolverem alianças logísticas, como base no número de autores que os citaram na literatura pesquisada e seu *ranking* de representatividade.

Motivos	Autores	Ranking
Problemas financeiros ou obter economia de escala para redução de custos	Beverland; Bretherton (2001); Burns; Lee (2008); Chu; Chiang (2013); Gnanlet; Choi (2014); Lu; Tsai; Liu (2011); Morrissey (2014)	1º - Citado por 06 autores
Compartilhar recursos e instalações	Beverland; Bretherton (2001); Lu; Tsai; Liu (2011); Morrissey (2014); Yarbrough; Powers (2006)	2º - Citados por 04 autores cada
Compartilhar conhecimento e aprendizagem (treinar e capacitar profissionais; trocar conhecimentos médicos; desenvolver e gerir recursos acadêmicos etc.)	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Lu; Tsai; Liu (2011); Morrissey (2014); Young <i>et al.</i> (2001)	
Compartilhar competências e força de trabalho/profissionais	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Lu; Tsai; Liu (2011); Yarbrough; Powers (2006); Young <i>et al.</i> (2001)	

Quadro 12: Motivos de aliança logística entre hospitais (continua)**Fonte:** Elaborado pela autora

Motivos	Autores	Ranking
Criar novos serviços e oferecer serviços clínicos completos	Beverland; Bretherton (2001); Morrissey (2014); Nelson <i>et al.</i> (1999b)	3º - Citados por 03 autores cada
Partilhar tecnologias de informação e comunicação	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Gnanlet; Choi (2014); Morrissey (2014)	
Adicionar valor e maior qualidade aos serviços prestados	Lu; Tsai; Liu (2011); Nelson <i>et al.</i> (1999b)	4º - Citados por 02 autores cada
Reduzir incertezas do ambiente	Chu; Chiang (2013); Hackett (1996)	
Obter entregas rápidas e confiáveis	Gnanlet; Choi (2014)	5º - Citados por 01 autor cada
Reduzir número de transferências de pacientes entre hospitais de níveis de complexidade diferentes	Bernardo; Valls; Casadesus (2012)	

Quadro 12: Motivos de aliança logística entre hospitais (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

Verifica-se no Quadro 12, que os autores estudados destacam dez motivos para formar e desenvolver alianças hospitalares: 1º *ranking* - problemas financeiros ou obter economia de escala para redução de custos, citado por seis autores; 2º *ranking* - estão três motivos, citados por quatro autores cada: compartilhar recursos e instalações, trocar conhecimento e aprendizagem e compartilhar competências e força de trabalho/profissionais; 3º *ranking* - estão dois motivos, citados por dois autores cada: criar novos serviços e oferecer serviços clínicos completos; e partilhar tecnologias de informação e comunicação; 4º *ranking* - estão dois motivos, citados por dois autores cada: adicionar valor e maior qualidade aos serviços prestados; e reduzir incertezas do ambiente; 5º *ranking* - estão dois motivos, citados por um autor cada: obter entregas rápidas e confiáveis; e reduzir número de transferências de pacientes entre hospitais de níveis de complexidade diferentes.

Esses motivos podem ser refletidos e compartilhados pela área de logística hospitalar, somente a literatura não apresenta o termo aliança logística entre hospitais. Por exemplos: os motivos de problemas financeiros ou obtenção de economia de escala para redução de custos podem estar relacionados à atividade de compras em conjunto de materiais médicos e medicamentos padrões ou equipamentos caros; os motivos de compartilhar recursos e instalações podem estar relacionados ao compartilhamento de armazéns e farmácias satélites, utilização de tecnologias para maior monitoramento e controle dos estoques ou fluxos de materiais, medicamentos e informações; e o motivo de trocar conhecimento e aprendizagem pode estar ligado ao *know-how* da gestão do sistema logístico entre outros.

No Quadro 13 apresenta-se síntese dos facilitadores que auxiliam na formação e desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitais, com base na revisão de literatura.

Facilitadores	Autores	Ranking
Sistema de informação e comunicação direta, rápida e transparente.	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Hackett (1996); Lu; Tsai; Liu (2011); Nelson <i>et al.</i> (1999a); Pan; Pokharel (2007)	1º - Citado por 05 autores
Objetivos comuns bem definidos e declarados	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Leatt; Barnsley (1994); Morrissey (2014); Nelson <i>et al.</i> (1999a)	2º - Citado por 04 autores
Compartilhamento de informações operacionais e estratégicas	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Lu; Tsai; Liu (2011); Pan; Pokharel (2007)	3º - Citado por 03 autores
Confiança	Lu; Tsai; Liu (2011); Nelson <i>et al.</i> (1999a)	4º - Citados por 02 autores cada
História de trabalho em conjunto e boa reputação	Bazzolli <i>et al.</i> (2003); Nelson <i>et al.</i> (1999a)	
Política de incentivo do governo	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Chu; Chiang (2013)	
Compatibilidade com o aliado	Lu; Tsai; Liu (2011)	5º - Citados por 01 autor cada
Compromisso e reciprocidade	Nelson <i>et al.</i> (1999a)	
Conhecimento da comunidade/região	Nelson <i>et al.</i> (1999a)	
Eventos anuais para reforçar e integrar a equipe	Lu; Tsai; Liu (2011)	
Mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados	Hackett (1996)	
Trabalho em equipe e motivação	Bernardo; Valls; Casadesus (2012)	

Quadro 13: Facilitadores de aliança logística entre hospitais

Fonte: Elaborado pela autora

No Quadro 13, os fatores que facilitam a formação e desenvolvimento de aliança logísticas entre hospitais podem ser agrupados em cinco *rankings*: 1º *ranking* - sistema de informação e comunicação direta, ágil e transparente, citado por cinco autores; 2º *ranking* - objetivos comuns bem definidos e declarados, citado por quatro autores; 3º *ranking* - compartilhamento de informações operacionais e estratégicas, citado por três autores; 4º *ranking* - estão três facilitadores, citados por dois autores cada: confiança; história de trabalho em conjunto e boa reputação do futuro parceiro; e política de incentivo do governo para desenvolver alianças hospitalares; 5º *ranking* - estão seis facilitadores, citados por um autor cada: compatibilidade com o aliado; compromisso e reciprocidade entre os aliados; conhecimento da comunidade ou região que trabalharam em conjunto; eventos anuais para reforçar e integrar a equipe; mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados; e trabalho em equipe, motivada a colaborar em busca do objetivo comum.

Os benefícios em desenvolver alianças logísticas entre hospitais são os mais diversificados e podem variar conforme o sistema de valores e motivos que impulsionou a relação conjunta. O Quadro 14 sintetiza os benefícios citados pelos autores da revisão de literatura.

Benefícios	Autores	Ranking
Redução de custos e ganhos em negociação de larga escala	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Burns; Lee (2008); Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); Clement <i>et al.</i> (1997); Hackett (1996); Leatt; Barnsley (1994); Lu; Tsai; Liu (2011); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Morrissey (2014); Pan; Pokharel (2007); Peregrine (1997) Song (1995); Trinh; Begun; Luke (2010); Wen; Peng; Tong (2013); Zuckerman; Annuno (1990); Zuckerman; Kaluzny (1991)	1º - Citado por 17 autores
Melhora do nível de qualidade e eficiência dos serviços prestados	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Burt (2006); Burns; Lee (2008); Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); Clement <i>et al.</i> (1997); Lu; Tsai; Liu (2011); McCue; Clement; Luke (1999); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Morrissey (2014); Pan; Pokharel (2007); Song (1995); Trinh; Begun; Luke (2010); Wen; Peng; Tong (2013)	2º - Citado por 14 autores
Acesso ou partilha de tecnologias e estruturas modernas	Burns; Lee (2008); Chu; Chiang (2013); Hackett (1996); Lu; Tsai; Liu (2011); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Morrissey (2014)	3º - Citados por 06 autores cada
Partilha ou obtenção de conhecimento e aprendizagem	Burns; Lee (2008); Burt (2006); Chu; Chiang (2013); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Morrissey (2014); Pan; Pokharel (2007)	
Partilha ou obtenção de recursos	Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); Hackett (1996); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Peregrine (1997); Song (1995)	
Eliminação de serviços e operações duplicadas	Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); Clement <i>et al.</i> (1997); Peregrine (1997) Zuckerman; Annuno (1990)	4º - Citados por 05 autores cada
Flexibilidade para desenvolver serviços e produtos diferentes/ inovadores	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Cardwell; Bolon (1996); Hackett (1996); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Song (1995)	
Otimização do fluxo de materiais e informações	Burt (2006); Jarrett (1998); Pan; Pokharel (2007); Song (1995); Wen; Peng; Tong (2013)	
Partilha/redução de riscos e investimentos	Cardwell; Bolon (1996); Chu; Chiang (2013); McCue; Clement; Luke (1999); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Song (1995)	
Expansão de cobertura/ pacote de prestação de serviço no mercado	Hackett (1996); McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008); Morrissey (2014)	5º - Citado por 03 autores
Melhora o <i>status</i> e fortalece a boa reputação	Burns; Lee (2008); Lu; Tsai; Liu (2011)	6º - Citados por 02 autores cada
Independência organizacional/ não perde o controle político	Hackett (1996); Lu; Tsai; Liu (2011)	
Partilha de competências e habilidades	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Lu; Tsai; Liu (2011)	
Assegura acesso rápido ao atendimento	Hackett (1996)	7º - Citados por 01 autor cada
Redução de barreiras comerciais e legais	McCutchen Jr.; Swamidass; Teng (2008)	

Quadro 14: Benefícios de aliança logística entre hospitais**Fonte:** Elaborado pela autora

No Quadro 14 abordam quinze tipos de benefícios obtidos com o desenvolvimento de alianças logísticas entre hospitais, fora os benefícios que foram integrados (por exemplo, redução de custos e ganhos em negociação de escala, além de custos de transação, custos de estoques, custos com treinamentos, custos com desenvolvimento de tecnologias etc.) ou que os autores não citaram na literatura. Os benefícios listados agrupam em sete *rankings*: 1º *ranking* - redução de custos e ganhos em negociação de larga escala, citado por dezessete autores; 2º *ranking* - melhora do nível de qualidade e eficiência dos serviços prestados, citado por catorze autores; 3º *ranking* - estão três motivos, citados por seis autores cada: acesso ou partilha de tecnologias e estruturas modernas; partilha ou obtenção de conhecimento e

aprendizagem; e partilha ou obtenção de recursos; 4º *ranking* - estão quatro motivos, citados por cinco autores cada: eliminação de serviços e operações duplicadas; flexibilidade para desenvolver serviços e produtos diferentes ou inovadores; otimização do fluxo de materiais e informações (distribuição, armazenagem, estoque, movimentação de materiais etc.); e partilha e redução de riscos e investimentos; 5º *ranking* - expansão de cobertura e pacote de prestação de serviços no mercado, citado por três autores; 6º *ranking* - estão três motivos, citados por dois autores cada: melhora o *status* e fortalece a boa reputação; independência organizacional, ou seja, não perde o controle político e administrativo; e partilha de competências e habilidades; 7º *ranking* - estão dois motivos, citados por um autor cada: assegurar acesso rápido ao atendimento, e redução de barreiras comerciais e legais.

Apesar da literatura não utilizar o termo benefícios da aliança logística entre hospitais, os listados no Quadro 14 podem estar relacionados à área de logística em maior ou menor grau, tais como: redução dos custos logísticos, agilidade e flexibilidade dos processos, respostas, fluxos de materiais, medicamentos e informações.

As dificuldades e desafios que restringem as alianças logísticas entre hospitais a obterem esses benefícios, são sintetizados no Quadro 15, com base no número de autores que os citaram durante a revisão de literatura, seguido de seus respectivos *rankings* de representatividade.

Dificuldades	Autores	Ranking
Gestão e controle do relacionamento de hospitais independentes (integrar e mensurar)	Cardwell; Bolon (1996); Chao; Cheng (2012); Chu; Chiang (2013); Hackett (1996); Nelson <i>et al.</i> (1999b); Scott; Thurston (2004)	1º - Citado por 06 autores
Confiança	Cardwell; Bolon (1996); Bazzolli <i>et al.</i> (2003); Chao; Cheng (2012); Nelson <i>et al.</i> (1999b); Scott; Thurston (2004)	2º - Citado por 05 autores
Cultura organizacional diferente	Cardwell; Bolon (1996); Chao; Cheng (2012); Nelson <i>et al.</i> (1999b); Scott; Thurston (2004)	3º - Citados por 04 autores cada
Elevado nível de ambiguidades entre setor público e privado (conflito de interesses, objetivos obscuros)	Cardwell; Bolon (1996); Chao; Cheng (2012); Hackett (1996); Scott; Thurston (2004)	
Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Chu; Chiang (2013)	4º - Citados por 02 autores cada
Brasil - Lei nº 8.666/1993	Barbieri; Machline (2009); Barbuscia (2009)	
Perda de profissionais e superioridade técnica	Bernardo; Valls; Casadesus (2012); Chu; Chiang (2013)	
Apoio governamental efetivo	Bernardo; Valls; Casadesus (2012)	
Brasil - Lei nº 8.080/1990	Vecina Neto; Malik (2007)	5º - Citados por 01 autor cada
Comunicação de forma clara e eficiente	Nelson <i>et al.</i> (1999b)	
Compromisso com os aliados	Nelson <i>et al.</i> (1999b)	
Falta de informações do histórico de trabalho em conjunto	Nelson <i>et al.</i> (1999b)	

Quadro 15: Dificuldades da aliança logística entre hospitais

Fonte: Elaborado pela autora

As dificuldades e desafios das alianças logísticas entre hospitais destacados no Quadro 15 são: 1º *ranking* - gestão e controle do relacionamento de hospitais independentes (integrar e mensurar), citado por seis autores; 2º *ranking* - confiança, citado por cinco autores; 3º *ranking* - estão duas dificuldades, citadas por quatro cada: cultura organizacional diferente; e elevado nível de ambiguidades entre setor público e privado (conflito de interesses, objetivos obscuros); 4º *ranking* - estão três dificuldades, citadas por dois autores cada: altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional; no Brasil Lei nº 8.666/1993; e perda de profissionais e superioridade técnica; 5º *ranking* - estão cinco dificuldades, citadas por um autor cada: falta de apoio governamental efetivo; Brasil - Lei nº 8.080/1990; comunicação de forma clara e eficiente; compromisso com os aliados; e falta de informações do histórico de trabalho em conjunto.

No Brasil há a peculiaridade das Leis nº 8.666/1993 e 8.080/1990, que segundo os autores Barbieri e Machline (2009), Barbuscia (2009), Vecina Neto e Malik (2007), dificultam e atrapalham a formação e desenvolvimento de alianças hospitalares no setor público. Embora esses e as outras dificuldades possam limitar a formação e desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitais, eles podem ser minimizados por meio dos facilitadores apresentados no Quadro 13 e do planejamento e operações adequadas do relacionamento abordado no Quadro 16.

Abordagens	Autores	Ranking
Planejamento em conjunto dos objetivos, estratégias, estrutura, grau de formalização, autoridade, sistema de informação e comunicação, alocação de recursos, competências, níveis de riscos, indicadores de desempenhos etc.	Cardwell; Bolon (1996); Greene (1995); Gregory (1992); Hackett (1996); Lazarus (1993); Leatt; Barnsley (1994); Mantoura; Gendron; Potvin (2007); Nelson <i>et al.</i> (1999b); Scott; Thurston (2004); Young <i>et al.</i> (2001); Zuckerman; Annuno (1990)	1º - Citado por 11 autores
Gestão e controle da aliança (por nível de satisfação dos pacientes e desempenho da aliança; formação de equipe ou conselho de gestão da aliança; relação de compromisso; realizar eventos e treinamentos para integrar a equipe etc.)	Gregory (1992); Leatt; Barnsley (1994); Lu; Tsai; Liu (2011); Novotny; Donahue; Bhalla (2004); Young <i>et al.</i> (2001); Zuckerman; Annuno (1990)	2º - Citado por 06 autores
Planejamento de critérios e seleção dos parceiros: homogeneidade; compatibilidade organizacional; proximidade geográfica; responsabilidades de prestação serviço; complementaridade de recursos e competências; honestidade; comprometimento, objetivos comuns etc.	Cardwell; Bolon (1996); Clement <i>et al.</i> (1997); Lu; Tsai; Liu (2011); Rheinecker (1994)	3º - Citado por 04 autores

Quadro 16: Abordagens de planejamento e operação de aliança hospitalar (foco indireto na aliança logística)

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 16 sintetiza as abordagens de planejamento e operações de alianças hospitalares, com foco indireto nas alianças logísticas, apresentadas pelos autores da revisão de literatura. As abordagens tratadas e discutidas são: 1º *ranking* - planejamento em conjunto dos membros, citada por onze autores; 2º *ranking* - gestão e controle da aliança, citada por seis autores; e 3º *ranking* - planejamento de critérios e seleção dos parceiros, citada por quatro autores.

Observa-se que as orientações de como planejar e desenvolver uma aliança hospitalar ou aliança logística entre hospitais, não são bastante exploradas e com preocupações em apresentar detalhes dos processos ou procedimentos com uma sequência de início, meio e fim. O que confirma as argumentações dos autores Burns e Lee (2008), McCue, Clement e Luke (1999), Song (1995), Vavala (1994), Yarbrough e Powers (2006), que há carências de estudos que apresentem como as alianças hospitalares se formam, estruturam, gerem seus acordos e avaliam seus desempenhos. O que vem a ressaltar a relevância do estudo proposto.

3.3 Mapa conceitual da revisão de literatura

O mapa conceitual da revisão de literatura (Figura 8) foi desenvolvido utilizando-se os três primeiros fatores listados nos quadros sínteses de características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades e abordagens de planejamento e operação de aliança logística (seção 3.1) e aliança logística entre hospitais (seção 3.2), como forma de exemplificar e demonstrar como os conceitos se relacionam e o porquê foram pesquisados. Além de possibilitar melhor compreensão e visualização do tema e a relação entre aliança logística no ambiente empresarial e aliança logística entre hospitais.

Verifica-se no mapa conceitual da revisão de literatura, que as alianças logísticas são apoiadas por elementos de caracterização, que distingui de outros relacionamentos para melhor auxiliar no seu desenvolvimento, por ser uma relação de ganha-ganha, de cooperação e a longo prazo. Sendo impulsionadas pelos motivadores de desenvolver ou obter tecnologias e inovações, acessar ou ampliar para novos mercados e reduzir incertezas do ambiente, que são apoiados por facilitadores, que auxiliam os motivadores tornarem reais, tais como: sistema de informação e comunicação direto, ágil e transparente, relação de confiança e partilha de informações estratégicas. Além de ajudar a superar as dificuldades no processo de formação e desenvolvimento da aliança logística, como confiança, gestão e controle de empresas independentes - integra/mensurar e comunicação de forma clara e eficiente.

As alianças logísticas proporcionam benefícios de redução de custos, facilidade de entrada/saída e expansão para novos mercados, agregação de valor ao cliente entre outros. Tendo o apoio das abordagens de planejamento e operação da aliança, como gestão e controle, planejamento em conjunto/integrado, critérios e seleção de parceiros adequados, para obtenção de sucesso da aliança logística. Pode ser exemplificado por casos de alianças logísticas no setor de eletrodomésticos, setor de automação indústria automobilística e setor têxtil.

Figura 8: Mapa conceitual da revisão de literatura

Fonte: Elaborado pela autora

As alianças logísticas contribuem com conhecimento e experiência, para a formação e desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitalares, que são caracterizadas por partilhar recursos, competências e riscos, possuir arranjo flexível e definir objetivos comuns.

Impulsionadas pelos motivadores de problemas financeiros, partilha de recursos e instalações, troca de conhecimento e aprendizagem, sendo apoiados por facilitadores, tais como: sistema de informação e comunicação direto, rápido e claro, compartilhamento de informações operacionais e estratégicas, e objetivos comuns bem definidos e declarados entre todos os envolvidos. A influenciar as dificuldades de gestão e controle de relacionamento de hospitais independentes - integrar/mensurar, confiança e cultura organizacional diferente, que restringem o bom desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitais.

Essas alianças logísticas entre hospitais proporcionam benefícios de reduzir os custos, melhorar o nível de qualidade dos serviços prestados e partilhar tecnologias e estruturas modernas; sendo apoiadas pelas abordagens de planejamento e operação, como planejamento conjunto, gestão e controle integrado, desenvolvimento de critérios e seleção de parceiros. Exemplificadas pelos casos de alianças hospitalares, tais como: caso Taiwan, caso Espanha e casos Estados Unidos.

Sob o contexto das seções 3.1, 3.2 e 3.3, as próximas seções buscam construir parâmetros que orientem na melhor compreensão e conhecimento do tema, por meio da sistematização de características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades (seção 3.4). Além de desenvolver uma sistemática em uma linguagem prática e didática, para o planejamento e operação da aliança logística (seção 3.5), permitindo aos gestores a refletirem e discutirem de possibilidades operacionais a estratégicas, que melhor se adequem as suas realidades.

3.4 Quadros referenciais teóricos para sistematização de características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística entre hospitais

A seção aborda quadros referenciais teóricos para sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística do ambiente empresarial e hospitalar, o que possibilita uma comparação e análise dos conceitos entre os autores pesquisados, visando integrá-los e adaptá-los sob a mesma perspectiva. Essa integração do referencial teórico facilita a pesquisa e análise do estudo de multicasos, e contribui com uma reflexão para o meio acadêmico e no cotidiano da gestão hospitalar.

O Quadro 17 apresenta a sistematização das características de aliança logística e aliança logística entre hospitais.

Características da aliança logística (Quadro 5)	Características da aliança logística entre hospitais (Quadro 11)	Análise dos conceitos das características	Integração dos termos
Relação ganha-ganha - é vista como uma relação de ajuda mútua, os membros consideram e ponderam as questões/requisitos de todos os envolvidos, onde ninguém perde, todos ganham (BAGCHI; VIRUM, 1996; BOWERSOX, 1990).	Relação de compromisso recíproco - os membros da aliança logística assumem uma promessa mútua, acreditam em uma relação de retribuição ou em troca de algo semelhante, que mereça o máximo de esforço dos integrantes para mantê-la e garantir que continue indefinidamente (NOVOTNY; DONAHUE; BHALLA, 2004).	Ao analisar os três conceitos verifica-se que seguem a mesma linha de união pela busca de melhores resultados, e que todos saiam ganhando com a relação. O que possibilita integrar as três características em uma só para facilitar a análise e compreensão da aliança logística entre hospitais.	Relação de cooperação ganha-ganha
Relação de cooperação - é a união entre organizações com objetivos comuns, para a obtenção de melhores resultados (WEN; PEN; TONG, 2013), com uma visão ganha-ganha (BHATNAGAR; VISWANATHAN, 2000; YING; YAN-PING, 2007).			
Relação de longo prazo - Bagchi e Virum (1996) definem relação de longo prazo de uma aliança logística acima de 2 anos; Bowersox (1990) acima de 5 anos; e Ying e Yan-Ping (2007) acima de 2 anos. Bagchi e Virum (1996) argumentam que uma aliança logística por um período de tempo curto, abaixo de dois anos, pode ser mais preciso do que um acordo de longo prazo. Como o sistema logístico muda rapidamente, assim como as condições do negócio e do mercado, recomenda-se que o contrato seja flexível.	Relação de longo prazo - os autores não apresentam definição de período. A avaliação de desempenho dos membros de uma aliança logística hospitalar é realizada em uma base anual, para que sejam proativos o suficiente para entender o sistema de trabalho e o meio ambiente que estão inseridos, e assim otimizem custos e desempenhos, assegurando a aliança em um longo prazo (PAN; POKHAREL, 2007)	Com base nas definições de longo prazo dos autores de aliança logística no ambiente empresarial, e nas argumentações dos autores Bagchi e Virum (1996), Pan e Pokharel (2007), a relação de longo prazo considerada no estudo de uma aliança logística entre hospitais é acima de dois anos.	Relação de longo prazo (acima de dois anos)
Definição de objetivos comuns - são objetivos/metastas que os membros da aliança logística devem perseguir para obter bons desempenhos e sucesso da relação. Muitas das alianças logísticas funcionam de maneira informal (BOWERSOX, 1990)	Definição de objetivos comuns - são propósitos, interesses ou visões comuns, que os membros da aliança compartilham para obter melhores resultados e qualidade à seus pacientes (CHU; CHIANG, 2013; NOVOTNY; DONAHUE; BHALLA, 2004)	Pode-se entender que quando os hospitais se unirem na busca de interesses ou propósitos comuns, que beneficiem a instituição e seu seus pacientes, possuem um objetivo comum. No estudo a definição desse objetivo comum pode ser formal (declarado por meio de contrato) ou informal (por meio de compromissos pessoais e verbais), de forma que movam os membros em um mesmo sentido: a saúde e bem estar da população.	Definição de objetivos comuns (formal ou informal)
Partilha de recursos tangíveis e intangíveis - as organizações se unem para compartilhar infraestrutura, equipamentos, tecnologias, matérias primas, componentes, produtos (recursos tangíveis); e partilhar competências, habilidades, conhecimentos, métodos e ferramentas de gestão e controle, poder de negociação, <i>status</i> (recursos intangíveis) (HUANG <i>et al.</i> , 2011; STOCK; GREIS; KASARDA, 2000). Os membros misturam suas operações e competências para partilhar benefícios e riscos dos mais variados: financeiro, tecnológico, conhecimento, materiais etc. (BOWERSOX, 1990; BHATNAGAR; VISWANATHAN, 2000; CHOW; HEAVER; HENRIKSSON, 1995)	Partilha de recursos, competências, benefícios e riscos - os hospitais compartilham equipamentos modernos, laboratórios, medicamentos, materiais médicos, profissionais, competências, riscos quanto a investimentos em pesquisas e aquisições de recursos e tecnologias, em outras palavras, partilham benefícios, competências, riscos e recursos que não conseguiriam obter sozinhos. (CARDWELL; BOLON, 1996; CHU; CHIANG, 2013; CLEMENT <i>et al.</i> , 1997; ZUCKERMAN; ANNUNO, 1990)	Observa-se que os membros da aliança logística se unem para compartilhar ou obter algum tipo de recurso que pode ser tangível ou intangível, que não conseguiriam sozinhos. Assim, no estudo, independente do recurso que estejam partilhando, desde que influencie no desempenho dos fluxos de materiais, medicamentos e informações é considerado como uma característica da aliança logística entre hospitais.	Partilha de recursos tangíveis e intangíveis (influencia nos fluxos logísticos de materiais e informações)

Quadro 17: Sistematização das características de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continua)**Fonte:** Elaborado pela autora

Características da aliança logística (Quadro 5)	Características da aliança logística entre hospitais (Quadro 11)	Análise dos conceitos das características	Integração dos termos
Compartilhamento de informações operacionais a estratégicas, com comunicação rápida e transparente. As trocas constantes de informações desde a base operacional à estratégica são fundamental para o bom planejamento, desempenho e continuidade do relacionamento à longo prazo (GENTRY, 1996; MOORE, 1998; STANK; DAUGHERTY, 1997).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	Como os autores da literatura de aliança logística hospitalar pesquisada, não destacam o compartilhamento de informações operacionais à estratégica como uma característica da aliança logística, no estudo o fato de compartilhar alguma informação (operacional, tática ou estratégica) que influencie o desempenho do sistema logístico, consequentemente do relacionamento, vai ser visto como uma característica da aliança logística entre hospitais.	Compartilhamento de informações que influenciem o desempenho do sistema logístico
Grau de formalização - é a determinação de normas, regras básicas de gestão e procedimentos a conduzir a boa relação entre os membros, podendo variar de intensidade, ser formalizadas por contratos ou assumidas informalmente por acordos verbais/relação pessoal. Tende a predominar relação informal com regras básicas e procedimentos execução/gestão (BOWERSOX, 1990; LIU; LAI; LI, 2009).	Arranjo flexível (variação do grau de coordenação; formalização, obrigações e estrutura) - as estruturas das alianças hospitalares se destacam pela flexibilidade do grau de coordenação, que pode variar de intensidade dependendo da situação, bem como o grau de formalização (acordos por escrito ou aperto de mão, acordo verbal), riscos, obrigações (depende dos diferentes recursos que um membro pode oferecer/partilhar), assimetria (envolvimento e contribuições mais de um membro que de outros) e centralidade para gestão e tomadas de decisões. Não há um modelo padrão de arranjo ou estrutura organizacional, para a aliança hospitalar (LEATT; BARNSELY, 1994; NOVOTNY; DONAHUE; BHALLA, 2004)	Ao analisar as três características apresentadas pelos autores da literatura de aliança logística, verifica-se que se sobrepõem a característica de arranjo flexível abordado pelos autores da literatura hospitalar. Neste sentido, a característica de arranjo flexível é considerada no estudo para conhecimento e análise perante os estudos de múltiplos casos. Não tendo um padrão de estrutura do relacionamento a ser seguido ou que seja o ideal para formação e desenvolvimento da aliança logística entre hospitais. Apenas que apresentem regras e procedimentos básicos para execução e controle das atividades e processos partilhados, como abordado por Bowersox (1990).	Arranjo flexível
Flexibilidade de adaptação da cadeia de suprimentos e mecanismo de governança - a relação de aliança logística possui maior flexibilidade quanto à reestruturação da cadeia de suprimentos (número de armazéns, pontos de consolidação, rede de transporte etc.) e o mecanismo de governança (papeis, responsabilidades, grau de centralização, formalização etc.) para adaptação ao ambiente que os membros estão inseridos, promoção e compartilhamento de benefícios e riscos (FRANKEL; WHIPPLE; FRAYER, 1996; KOPCZAK, 1997; STANK; DAUGHERTY, 1997; YING; YAN-PING, 2007).			
Independência organizacional - os membros da aliança logística possuem independência nas suas tarefas administrativo-organizacionais, não sendo subordinada a outra organização membro (BAGCHI; VIRUM, 1996; HACKETT, 1996; HUANG <i>et al.</i> , 2011)			
Obtenção de resultados competitivos - são ganhos que permitam os membros destacarem competitivamente no mercado, se diferenciarem dos concorrentes (BAGCHI; VIRUM, 1996; BHATNAGAR; VISWANATHAN, 2000 ; LIU; LAI; LI, 2009).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	Partindo-se do princípio que os hospitais são instituições cujo objetivo principal é o bem estar e saúde da população, sem visar lucros aparentes e concorrência direta. Tendo qualquer ser humano o direito a saúde, sem distinção de classe social ou raça. Esta característica no estudo não é considerada como um requisito necessário para a formação de aliança logística entre hospitais, mas é ponderada para análise nos estudos de múltiplos casos, como forma de melhor conhecer e ampliar o leque de requisitos dessas relações.	Obtenção de resultados competitivos (característica não obrigatória no ambiente hospitalar público e filantrópico)
Planejamento e operação integrada/ cooperativa - os membros desenvolvem planos de gestão conjuntamente, entre departamentos multifuncionais, trocam informações para previsões e planejamento de longo prazo (STANK; DAUGHERTY, 1997; YING; YAN-PING, 2007).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	Como as alianças hospitalares apresentaram-se como arranjo flexível, sem grandes padrões de configuração do planejamento e operação, no estudo a característica é considerada como um ponto de análise para ampliar o conhecimento dessas relações, não sendo requisito obrigatório para se formar uma aliança logística entre hospitais.	Planejamento e operação integrado e cooperativo - (característica não obrigatória)

Quadro 17: Sistematização das características de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Características da aliança logística (Quadro 5)	Características da aliança logística entre hospitais (Quadro 11)	Análise dos conceitos das características	Integração dos termos
Monitoramento e controle integrado da aliança - Os membros precisam criar critérios em conjunto e determinar prazos para acompanhar se a operação da aliança logística está saindo como o planejado (STANK; DAUGHERTY, 1997; SCHMOLTZI; WALLENBURG, 2012).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	O monitoramento e controle de qualquer relacionamento são fundamentais para analisar os benefícios e dificuldades, na busca da melhoria contínua. Mas acredita-se não ser um critério preponderante para a decisão de formação da aliança logística. Tal processo pode ser realizado individualmente e depois comparado.	Monitoramento e controle integrado da aliança logística (característica não obrigatória no ambiente hospitalar)
Relação de confiança - convicção de apoio mútuo baseado na imagem e reputação da organização (BOWERSOX, 1990); envolve um relacionamento de longo prazo, com orientação de todas as partes cooperarem para se manter em harmonia na busca de resultados comuns (MOORE, 1998).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	A relação de confiança é vista como facilitadora e ponto crítico em ambas a literatura (aliança logística no ambiente empresarial e hospitalar), sendo assim é coerente considerá-la como um requisito ou característica de análise na aliança logística entre hospitais, mesmo não estando declarada pelos autores pesquisados de aliança hospitalar como uma característica.	Relação de confiança
Alto grau de dependência - o membro é totalmente dependente dos recursos compartilhados na aliança logística, seu relacionamento é contínuo ao invés de uma série de transações individuais. O fim da relação causaria danos ao desenvolvimento das operações e até mesmo sua paralização (BHATNAGAR; VISWANATHAN, 2000; BOWERSOX, 1990).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	Partindo do princípio que as atividades de logística são consideradas como apoio, e estas são transferidas ou compartilhadas em grande parte ou meio a meio com outras organizações para focar na atividade principal. Os membros se tornam altamente dependentes um do outro, pois não conseguem retomar na sua totalidade a atividade sozinho, caso um membro lhe deixe. No estudo, para efeito de caracterização e conhecimento da realidade hospitalar, é analisado o grau de dependência entre os hospitais.	Grau de dependência (baixo, médio ou alto, em termos de influência e impacto no sistema logístico)
Atividades comuns de partilha são transporte, compras e algumas funções de armazenagem - Segundo Bagchi e Virum (1996), e Bowersox (1990), as alianças logísticas se caracterizam para compartilhar essas atividades logísticas.	Atividades comuns de partilha: negociações e compras conjuntas - normalmente os hospitais quando se unem em aliança logística se caracterizam para partilhar essa atividade (BURNS; LEE, 2008; CHU; CHIANG, 2013; SCHNELLER; SMETTZER, 2006; STRONG, 1995)	Para não restringir o conhecimento da aliança logística entre hospitais, não é considerado como característica necessária para sua formação à partilha de atividades de compras conjunta, transporte e armazenagem. Mas, qualquer atividade que influencie no fluxo logístico de materiais, medicamentos e informação.	Atividades comuns de partilha - qualquer atividade logística que influencie no desempenho da aliança logística
Conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado - é uma característica necessária para formação da aliança logística (BAGCHI; VIRUM, 1996; MOORE, 1998).	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se esta característica.	Na tese é analisada nos estudos de múltiplos casos tal característica, mas não como obrigatória para a formação da aliança logística entre hospitais, e sim como um requisito para ampliar o conhecimento do tema no setor hospitalar.	Conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado (característica não obrigatória no ambiente hospitalar)
Seleção de parceiros com base no desempenho, competências e habilidades - uma das características da aliança logística é o critério de seleção do parceiro, por meio da análise do desempenho, competências e habilidades que podem contribuir na relação (YING; YAN-PING, 2007)	Adesão seletiva - Cardwell e Bolon (1996) apresentam como característica da aliança hospitalar a adesão seletiva, que visa adicionar valor para cada hospital, ou seja, cada membro contribuirá com algum serviço ou recurso especial para tornar o relacionamento mais forte.	As duas características podem ser sobrepostas, por tratarem de critérios para escolher o parceiro. Neste sentido, é analisado no trabalho se há alguma característica relacionada à análise de competência, desempenho e recurso, para formar uma aliança logística entre hospitais.	Seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competência e recursos

Quadro17: Sistematização das características de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continuação)

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 17 está organizado pelo *ranking* abordado no Quadro 5 das características de aliança logística (primeira coluna), encaixando com base nos conceitos as respectivas características agrupadas no Quadro 11 de aliança logística entre hospitais (segunda coluna), para depois realizar uma análise dos conceitos (terceira coluna) e a possibilidade de integrá-los sob uma mesma perspectiva e termo (quarta coluna). Das dezessete características de aliança logística, algumas foram integradas e adaptadas sob a mesma perspectiva, outras mantidas por serem semelhantes no ambiente empresarial e hospitalar, e outras como forma de ampliar o conhecimento e leque de requisitos de análise para essas relações no setor hospitalar, desenvolvendo-se uma lista única com catorze características.

Verifica-se no Quadro 17, que as características integradas e adaptadas foram: relação ganha-ganha e relação de cooperação com relação de compromisso recíproco, gerando o termo relação de cooperação ganha-ganha; grau de formalização, flexibilidade de adaptação da cadeia de suprimentos e mecanismo de governança, e independência organizacional com arranjo flexível, ficando o termo arranjo flexível.

As características que foram mantidas por serem semelhantes no ambiente empresarial e hospitalar com alguma adaptação de nomenclatura foram: relação de longo prazo (acima de dois anos), definição de objetivos comuns (formal e informal), partilha de recursos tangíveis e intangíveis, atividades comuns de partilha e seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competência e recursos.

As características mencionadas na aliança logística do ambiente empresarial e não encontradas na literatura pesquisada de aliança logística entre hospitais, foram consideradas como forma de ampliar o conhecimento e leque de requisitos de análise para essas relações no setor hospitalar, que foram: compartilhamento de informações que influenciem o desempenho do sistema logístico; obtenção de resultados competitivos (característica não obrigatória no ambiente hospitalar público e filantrópico); planejamento e operação integrado e cooperativo (característica não obrigatória); monitoramento e controle integrado da aliança logística (característica não obrigatória); relação de confiança; grau de dependência; e conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado (característica não obrigatória).

Essa lista integrada de características da aliança logística do ambiente empresarial e hospitalar facilita a pesquisa e análise no estudo de múltiplos casos. Além de instigar a obter maior compreensão e conhecimento dessa relação entre hospitais e apoiar na sua condução e gestão.

Motivos aliança logística (Quadro 6)	Motivos aliança logística entre hospitais (Quadro 12)	Análise dos motivos	Integração dos termos
Desenvolver ou obter tecnologias e inovações	Partilhar de tecnologias de informação e comunicação	Apesar dos autores pesquisados de aliança logística hospitalar ter abordado somente o motivo de partilha de tecnologias de informação e comunicação, sabe-se que há hospitais com tecnologias de ponta em diversas áreas (ex. cirurgias robóticas, tecnologias para dispensa e controle de medicamentos), que podem ser obtidas e aperfeiçoadas se trabalhadas em aliança. A vantagem de pioneirismo pode ser integrada a desenvolvimento tecnologias e inovações.	Desenvolver ou obter tecnologias e inovações (equipamentos, medicamentos, infraestrutura, informação e comunicação)
Obter vantagens do pioneirismo	---		
Acessar ou ampliar novos mercados	---	Na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, não encontrou-se este motivo. Mas, é válido analisá-lo como um fator impulsionador, principalmente nos hospitais privados.	Acessar ou ampliar novos mercados de prestação de serviços
Reduzir incertezas do ambiente	Reduzir incertezas do ambiente	Por meio da aliança logística os membros visam reduzir incertezas do ambiente, quanto a impactos econômicos, políticos, legislativos, tecnológicos, recursos entre outros. Este motivo serve como impulsionador para qualquer setor e organização. Assim, vale considerá-lo no ambiente hospitalar.	Reduzir incertezas do ambiente
Minimizar riscos e investimentos	---		
Obter competências e habilidades	Compartilhar competências e força de trabalho	O motivo de obter ou compartilhar competências e habilidades serve como impulsionador para qualquer setor e organização. Sendo válido ao ambiente hospitalar.	Obter e compartilhar competências e habilidades
Obter recursos complementares ou específicos	Compartilhar recursos e instalações	Os recursos compartilhados podem ser tangíveis (equipamentos, instalações, insumos etc.), ou intangíveis (conhecimento, métodos de gestão etc.), e ser considerados complementares ou específicos dependendo da realidade do hospital.	Obter recursos complementares ou específicos
Obter conhecimento/aprendizagem	Obter conhecimento e aprendizagem	Este motivo pode ser para qualquer setor empresarial ou hospitalar. A busca por conhecimento e aprendizagem, tende ser uma constante para aprimorar seus processos e adaptar ao mercado.	Obter conhecimento e aprendizagem
Aumentar posição competitiva	Adicionar valor e maior qualidade aos serviços prestados	No ambiente empresarial aumentar a posição competitiva tem sentido devido à maioria das organizações visarem lucros. Já no ambiente hospitalar, que tende a ser sem fins lucrativos, esse motivo pode ser de adicionar valor e maior qualidade aos serviços prestados aos pacientes, que consequentemente, ganhará destaque entre os demais pela sua eficiência.	Agregar valor e maior qualidade aos serviços prestados
Dependência de recursos	---	Apesar de não ter encontrado na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar o motivo de dependência de recursos, pode ser considerado, pois um hospital pode não ter algum recurso que outro possui, por ser caro, demandar um longo período de treinamento etc.	Depender de recursos
Obter economias de custos	Problemas financeiros ou obter economia de escala para redução de custos	O motivo de obter economia de escala ou reduzir custos pode servir a qualquer setor e organização. Sendo válido ao ambiente hospitalar, por ser carente de diversos recursos e infraestrutura. O motivo de redução do número de transferências de pacientes entre hospitais de níveis de complexidade diferentes pode auxiliar na redução de custos operacionais dos parceiros.	Reduzir custos (que influencie os processos da logística)
---	Reduzir número de transferências de pacientes entre hospitais de níveis de complexidade diferentes.		
Compartilhar influência da marca	---	O motivo de compartilhar influência da marca pode ser mais impactante no ambiente empresarial devido à concorrência acirrada. No meio hospitalar pode auxiliar a obter ganhos em negociações e na visão do paciente.	Compartilhar a influência da marca ou reputação do hospital
Obter agilidade e flexibilidade	Obter entregas rápidas e confiáveis	Os motivos podem ser sobrepostos e coerentes com a visão da logística de: agilidade, flexibilidade, quantidade, qualidade e ao menor custo possível.	Obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas
Ampliar leque de produtos e serviços	Criar novos serviços ou oferecer serviços clínicos completos	As terminologias de cada motivo estão adequadas a cada ambiente.	Criar novos serviços ou oferecer serviços clínicos completos
Superar barreiras e políticas governamentais	---	Apesar deste motivo não ter sido encontrado na literatura pesquisada de aliança logística hospitalar, apresenta-se válido devido às várias burocracias e legislações que existe ao envolvimento deste setor.	Superar barreiras econômicas e políticas governamentais

Quadro 18: Sistematização dos motivos de aliança logística e aliança logística entre hospitais**Fonte:** Elaborado pela autora

O Quadro 18 mostra a sistematização dos motivos de aliança logística (primeira coluna - ordenada pelo *ranking* do Quadro 6), com os motivos da aliança logística entre hospitais abordados no Quadro 12 (segunda coluna), para depois realizar uma comparação e análise dos motivos (terceira coluna) e a possibilidade de integrá-los sob uma mesma perspectiva e termo (quarta coluna).

Observa-se que nove dos motivos encontrados na literatura de aliança logística e hospitalar são semelhantes, alguns com terminologias diferentes, mas possuem a mesma visão e conceito, sendo integradas em: desenvolver ou obter tecnologias e inovações; reduzir incertezas do ambiente; obter e compartilhar competências e habilidades; obter recursos complementares ou específicos; obter conhecimento e aprendizagem; agregar valor e maior qualidade aos serviços prestados; reduzir custos; obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas; e criar novos serviços ou oferecer serviços clínicos completos.

Os motivos obter vantagens do pioneirismo e minimizar riscos e investimentos da aliança logística, não apresentados na literatura pesquisada de aliança logística entre hospitais, foram integrados, respectivamente, aos motivos desenvolver ou obter tecnologias e inovações, e reduzir incertezas do ambiente, por identificar-se que estão incluso sob a mesma perspectiva. Outros quatro motivos da aliança logística, também não encontrados na literatura hospitalar, foram mantidos por acreditar ampliar a visão para análise e reflexão perante os estudos de múltiplos casos, sendo adaptados em: acessar ou ampliar novos mercados de prestação de serviços; depender de recursos; compartilhar a influência da marca ou da reputação do hospital; e superar barreiras econômicas e políticas governamentais.

O Quadro 19 visa sistematizar os facilitadores abordados no Quadro 7 de aliança logística com os do Quadro 13 de aliança logística entre hospitais, por meio de comparação e análise, para posterior integração dos termos.

Facilitadores aliança logística (Quadro 7)	Facilitadores aliança logística entre hospitais (Quadro 13)	Análise dos facilitadores	Integração dos termos
Sistema de informação e comunicação direto, rápido e transparente	Sistema de informação e comunicação direto, rápido e transparente	Esse facilitador aparece como primeiro no <i>ranking</i> das duas literaturas (aliança logística do ambiente empresarial e hospitalar), o que demonstra sua relevância em ser eficiente, para que todos os envolvidos compreendam e sigam o mesmo objetivo, superando dificuldades e propondo melhorias, se integrem como uma equipe.	Sistema de informação e comunicação eficiente
Compromisso e reciprocidade ou confiança	Compromisso e reciprocidade; confiança	No dicionário Aurélio cada palavra significa: compromisso - promessa mútua, acordo político, contrato, comprometimento; reciprocidade - mutualidade, caráter recíproco; confiança - fé que se deposita em alguém; esperança firme. Ao analisar essas definições pode-se considerar que as três palavras possuem o mesmo foco de mutualidade, esperança de contribuição e benefício a cada um dos membros. Assim, no trabalho é considerado o conceito confiança como forma de integrar os três termos.	Confiança

Quadro 19: Sistematização dos facilitadores de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Facilitadores aliança logística (Quadro 7)	Facilitadores aliança logística entre hospitais (Quadro 13)	Análise dos facilitadores	Integração dos termos
Compartilhamento de informações operacionais e estratégicas	Compartilhamento de informações operacionais e estratégicas	As duas literaturas apresentam que para obter bom desempenho na aliança logística um dos facilitadores para tal resultado são os membros compartilharem informações operacionais e estratégicas. No estudo é mantido para análise tal facilitador.	Compartilhar informações operacionais e estratégicas
Mecanismos de estrutura e governança bem definidos	Mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados	Os autores das duas literaturas concordam que, se os mecanismos de estrutura e governança estiverem bem definidos e declarados aos membros, facilita o desenvolvimento e a obtenção de bons resultados da aliança logística.	Mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados
Apoio da alta administração	---	Sem o apoio do alto escalão (visão estratégica) não é possível implantar e desenvolver qualquer tipo de estratégia, tecnologias ou métodos de gestão, pois são eles que autorizam a liberação de recursos, definem atribuições, integram sistemas de gestão, incentivam a equipe a manter o foco no objetivo principal entre outros fatores.	Apoio da alta administração
Compatibilidade com o aliado	Compatibilidade com o aliado	A compatibilidade com o aliado refere-se à cultura organizacional, sistema de valores, métodos e técnicas de gestão dos membros, podem se relacionar ou ser exercidos simultaneamente, sem a geração de grandes conflitos, que impeçam o êxito da relação.	Compatibilidade com o aliado
Objetivos comuns e estratégias bem definidos e declarados	Objetivos comuns bem definidos e declarados	A definição e declaração de objetivos comuns aos membros da aliança logística, além de ser uma característica abordada nas duas literaturas (Quadro 17), pode ser vista como um facilitador a guiar para o bom desempenho da relação.	Objetivos comuns definidos e declarados
Organização mediadora	---	Tsai, Ding e Rice (2008) argumentam que a contratação ou o desenvolvimento de outra organização para a gestão da aliança logística, fazendo o papel de mediadora entre os membros tende a facilitar esse processo e obter bons resultados. Assim, acredita-se ser válido analisar esse facilitador no ambiente hospitalar.	Organização mediadora
Trabalho em equipe	Trabalho em equipe e motivação	O trabalho em equipe visa que todos entendam e busquem o mesmo objetivo, trabalhando em um esforço coletivo, com troca de conhecimento e habilidades, para obterem bons resultados aos envolvidos. Sendo a motivação fundamental para que a equipe não desanime perante as dificuldades e permaneça com foco no objetivo.	Trabalho em equipe
---	História de trabalho em conjunto e boa reputação	Ter ou conhecer a história de trabalho em conjunto dos futuros membros e sua reputação, facilita decidir pela escolha do mesmo e se juntos podem obter bons resultados.	História de trabalho em conjunto e boa reputação
---	Política de incentivo do governo	Como o governo é ponto atuante e fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde, na parte financeira, legislativa e de programas sociais, uma política de incentivo facilitaria a formação e o bom desempenho da aliança logística entre hospitais.	Política de incentivo do governo
---	Conhecimento da comunidade/região	Conhecer a região e o contexto que seu futuro aliado está inserido facilita a desenvolverem estratégias em conjunto/ comum e compreenderem o que cada um precisa.	Conhecer a região que cada membro está inserido
---	Eventos anuais para reforçar e integrar a equipe	O desenvolvimento de eventos que apresentem os resultados da aliança logística, disponibilizando treinamentos, visando à melhoria contínua e a integração das equipes, tende a ser um bom facilitador para o sucesso do relacionamento.	Eventos para integrar e desenvolver melhoria contínua

Quadro 19: Sistematização dos facilitadores de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

No Quadro 19, verifica-se que não foram apresentados na literatura estudada de aliança logística quatro facilitadores, que são: história de trabalho em conjunto e boa reputação; política de incentivo do governo; conhecer a região que cada membro está inserido; e eventos para integrar e desenvolver melhoria contínua. Na literatura de aliança

logística entre hospitais foram dois facilitadores: apoio da alta administração e organização mediadora. Mas os seis facilitadores foram mantidos na sistematização, por contribuírem com o leque de requisitos para análise e reflexão da aliança logística entre hospitais, que apresentasse carente de especificidades para vislumbrar melhores procedimentos e desempenhos a esse tipo de relacionamento.

Os benefícios mencionados pelas literaturas de aliança logística (Quadro 8) e aliança logística entre hospitais (Quadro 14), foram sistematizados no Quadro 20, o que permite melhor visualização e compreensão dos resultados que esse tipo de relação pode proporcionar, caso seja desenvolvida de forma eficiente e adequada ao contexto de cada instituição.

Benefícios aliança logística (Quadro 8)	Benefícios aliança logística entre hospitais (Quadro 14)	Análise dos benefícios	Integração dos termos
Redução de custos e ganhos em negociação de larga escala	Redução de custos e ganhos em negociação de larga escala	Os dois benefícios (redução de custos e ganhos em negociação de larga escala) estão associados a fatores financeiros, qualquer organização gostaria de obter algum ganho nesta área.	Benefícios financeiros (redução de custos, ganhos em negociações, investimentos etc.)
Facilidade de entrada/saída e expansão em novos mercados	Expansão de cobertura e pacote de prestação de serviço no mercado	Acredita-se que os benefícios são os mesmos apenas foi adaptado o vocabulário a cada ambiente.	Expansão de cobertura e pacote de prestação de serviço no mercado
Vantagem competitiva e agregação de valor ao cliente/ melhor desempenho	Melhora do nível de qualidade e eficiência dos serviços prestados	Verifica-se que a aliança logística agrega valor e melhora o desempenho dos produtos/serviços prestados aos clientes/pacientes, que leva a obter vantagem competitiva perante o mercado das organizações que almejam e vendem este tipo de destaque.	Agregação de valor e melhoria no nível de desempenho do serviço prestado
Acesso ou partilha de tecnologias	Acesso ou partilha de tecnologias e estruturas modernas	Sabe-se que as tecnologias inovam rapidamente, e para acompanhá-las as organizações precisam destinar investimentos financeiros, que muitas vezes são impossíveis ou inviáveis realizá-los sozinhos. A aliança logística proporciona o acesso ou a partilha dessas tecnologias, por meio da divisão de recursos entre os membros.	Acesso e partilha de tecnologias modernas
Flexibilidade e agilidade de tempo, quantidade, lugar e respostas	Otimização dos fluxos de materiais e informações	A missão da logística é atender de forma eficiente e eficaz as variáveis: quantidade, lugar, tempo, qualidade e custo do produto ou serviço. Assim, uma aliança logística tende a proporcionar algum benefício envolvendo uma dessas variáveis nos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pessoas. O benefício de assegurar o acesso rápido ao atendimento pode ser integrado a variável de tempo da missão da logística.	Obtenção da eficiência e eficácia das variáveis da missão da logística (quantidade, lugar, tempo, qualidade e custo)
---	Assegura acesso rápido ao atendimento		
Partilha de riscos	Partilha/redução de riscos e investimentos	O ambiente empresarial e hospitalar se deparam com constantes mudanças e complexidades econômicas, sociais, legislativas, tecnológicas entre outras. Sobreviver, adaptar ou antecipar a essas mudanças exige da organização correr riscos em maior ou menor grau, que com a ajuda de um aliado pode ser minimizados e colhidos melhores resultados.	Partilha de riscos (financeiros, tecnológicos, ambientais, políticos etc.)
Desenvolvimento de produtos e serviços inovadores/diferentes	Flexibilidade para desenvolver serviços e produtos diferentes/ inovadores	Desenvolver novos produtos e serviços exigem investimentos, que sozinho uma organização pode não conseguir ou ser muito arriscado. A aliança logística proporciona a partilha de investimentos, conhecimentos e competências entre os membros, o que pode minimizar alguns riscos ou agilizar seu desenvolvimento.	Flexibilidade para desenvolver serviços e produtos diferentes/ inovadores

Quadro 20: Sistematização dos benefícios de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Benefícios aliança logística (Quadro 8)	Benefícios aliança logística entre hospitais (Quadro 14)	Análise dos benefícios	Integração dos termos
Partilha de competências e habilidades	Partilha de competências e habilidades	A partilha de competências e habilidades são benefícios obtidos com o desenvolvimento da aliança logística, ao qual cada membro pode focar no que fazem de melhor, contribuindo com o bom desempenho da relação.	Partilha de competências e habilidades
Foco na atividade ou competência central	---		
Partilha e obtenção de conhecimento e aprendizagem	Partilha ou obtenção de conhecimento e aprendizagem	A aliança logística proporciona o acesso e partilha de conhecimentos e aprendizagem restritos, que demorariam anos para obter ou que demandaria alto investimento. Esse conhecimento e aprendizagem podem levar a melhoria contínua dos processos, organização e forma de gestão.	Partilha e obtenção de conhecimento e aprendizagem
Processo de melhoria contínua	---		
Partilha e obtenção de recursos	Partilha ou obtenção de recursos	Os membros partilham ou obtêm algum recurso tangível ou intangível com o desenvolvimento da aliança logística.	Partilha de recursos tangíveis ou intangíveis
Redução da complexidade da estrutura organizacional e da equipe	Eliminação de serviços e operações duplicadas	Os dois benefícios estão com vocabulários/ termos diferentes, mas buscam eliminar a duplicação e complexidade da estrutura organizacional, processos e serviços.	Eliminação de serviços e operações duplicadas
Crescimento econômico da região	---	Sharma e Choudhury (2014) argumentam que uma aliança logística bem sucedida pode gerar benefícios não somente aos membros, mas a região que está inserida. No ambiente hospitalar acredita-se que uma aliança bem sucedida entre hospitais também possa trazer benefícios à comunidade/região que está inserida.	Desenvolvimento do sistema de saúde da comunidade
Eleva a imagem dos aliados	Melhora o <i>status</i> e fortalece a boa reputação	Os benefícios citados em ambos as literaturas apresentam o mesmo contexto de melhorar a imagem perante os clientes/pacientes ou mercado.	Melhora o <i>status</i>/imagem
---	Independência organizacional/ não perde o controle político	A independência organizacional é uma característica da aliança logística, pode ser encarada como um benefício a qualquer organização.	Independência organizacional
---	Redução de barreiras comerciais e legais	Apesar de não ter encontrado na literatura pesquisada de aliança logística, acredita-se que este relacionamento pode gerar benefícios de redução de barreiras comerciais e legais a qualquer setor e organização, dependendo do contexto que está inserido e motivos propulsores da relação.	Redução de barreiras comerciais e legais

Quadro 20: Sistematização dos benefícios de aliança logística e aliança logística entre hospitais (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

Os termos e jargões utilizados para apresentar os benefícios da aliança logística podem variar de setor para setor, bem como o reconhecimento dos benefícios adquiridos com a relação. Porque depende do sistema de valores, cultura organizacional, contexto que estão inseridos, motivados, sistema de mensuração e percepção de ganhos. No Quadro 20 integraram-se benefícios que apresentavam sob o mesmo conceito e visão, e mantiveram-se os benefícios que foram citados em uma das literaturas, para aumentar o poder de argumentação e reflexão sobre a aliança logística entre hospitais.

As dificuldades para a obtenção desses benefícios são sistematizados no Quadro 21, por ordem do *ranking* do Quadro 9 de alianças logísticas, e encaixadas as dificuldades de

aliança logística entre hospitais (Quadro 15), para posterior análise, integração e adaptação dos termos.

Dificuldades aliança logística (Quadro 9)	Dificuldades aliança logística entre hospitais (Quadro 15)	Análise das dificuldades	Integração dos termos
Confiança	Confiança	Para o bom desenvolvimento da aliança logística é necessário o compartilhamento de informações e recursos, partindo do princípio que estes lhe serão retribuídos. A organização muitas vezes, não possui garantia palpável de estar entrando em uma relação ganha a ganha, baseia-se na imagem e reputação do possível membro. O que gera certa insegurança se a relação trará bons resultados, tornando-se a confiança um fator crítico e delicado a ser ponderando.	Confiança
Gestão e controle do relacionamento de organizações independentes (integrar/mensurar)	Gestão e controle do relacionamento de hospitais independentes (integrar/mensurar)	Ambas as literaturas apresentam como ponto crítico da aliança logística sua gestão e controle de forma integrada, pois os membros são independentes organizacionalmente. Cada organização possui procedimentos, métodos e cultura de trabalhar diferente, integrar essas realidades e a equipe exigem bastante esforço e motivação, para obter bons resultados.	Gestão e controle integrado da aliança logística entre hospitais
Comunicação de forma clara e eficiente	Comunicação de forma clara e eficiente	A comunicação de forma clara e eficiente é fundamental não somente para a aliança logística, mas internamente para compreensão dos objetivos a serem atingidos, dificuldades a serem superadas, desperdícios que precisam ser eliminados, enfim, para o melhor desenvolvimento e desempenho de todos os fluxos materiais, informação e pessoas.	Comunicação de forma clara e eficiente
Cultura organizacional e sistema de valores diferentes	Cultura organizacional diferente	As organizações com o passar dos anos desenvolvem sua cultura organizacional, ou seja, suas práticas e métodos de gestão, valores éticos e morais, políticas internas e externas, comportamentos etc. Quando forma-se uma aliança logística, cada membro possui sua cultura organizacional já enraizada, que pode gerar conflitos e resistências em se adaptarem para integrar a nova realidade. Por isso, o mais adequado é selecionar membros que possuem cultura organizacional, o mais semelhante possível ou compatível.	Cultura organizacional diferente
Conflitos de interesses	Elevado nível de ambiguidades entre setor público e privado (conflito de interesses, objetivos obscuros)	Quando os membros possuem realidades, culturas e interesses distintos, a possibilidade de conflitos é grande. Por exemplo, o setor privado visa, normalmente, em primeiro lugar o lucro a seus proprietários. Já o setor público tende a ver e defender o bem estar da comunidade, podendo muitas vezes ter perdas financeiras. O que não é concebível ao setor privado.	Conflito de interesses entre setor privado e público
Compromisso com os aliados	Compromisso com os aliados	O compromisso também aparece como um facilitador para o desenvolvimento da aliança logística. Os membros realizam um acordo formal ou informal de contribuição mútua, mas que somente é de valia se for comprometidos em segui-lo como o combinado. Como no ponto crítico da confiança, as organizações muitas vezes, não possuem garantia palpável de estar entrando em uma relação ganha a ganha, o que gera insegurança em formar e desenvolver uma aliança logística. Que se superada, pode proporcionar bons resultados a todos os envolvidos.	Compromisso com os aliados
Partilhar informações estratégicas	---	Segundo os autores Bowersox (1990), Bhatnagar e Viswanathan (2000), Fawcett <i>et al.</i> (2008), partilhar informações estratégicas são fundamentais para o bom desempenho da aliança logística. Mas, torna-se um fator crítico pelos membros não possuírem confiança em dividir tais informações, que podem fortalecer o desenvolvimento da relação e seus resultados.	Partilhar informações estratégicas
Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional	Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional	A comunicação de forma clara e eficiente é tida como fator crítico para o bom desempenho da aliança logística, que muitas vezes é afetada pelos altos custos em investir em sistemas de informação e comunicação interorganizacional para facilitar tal processo. Ambas as literaturas apresentam o investimento neste tipo de sistema como fator crítico a ser superado em algumas alianças logísticas.	Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional

Quadro 21: Sistematização das dificuldades da aliança logística e aliança logística entre hospitais (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Dificuldades aliança logística (Quadro 9)	Dificuldades aliança logística entre hospitais (Quadro 15)	Análise das dificuldades	Integração dos termos
Gerar valor incremental aos membros	---	Segundo Kale e Singh (2009) gerar valor incremental aos membros, ao logo do tempo na aliança logística pode se tornar em um ponto crítico. Pois, dependendo do contexto não é possível criar valores graduais na mesma proporção a todos os membros, o que pode gerar conflitos e insatisfações.	Gerar valor incremental aos membros
Resistência a mudanças	---	A mudança gera insegurança no clima organizacional. As pessoas possuem medo e resistência ao desconhecido, ter que modificar um processo que é realizado a anos do mesmo jeito, gera incomodo. Por isso, segundo Bowersox (1990), a resistência a mudanças entre os membros, para se adequarem e integrarem o objetivo comum é normal, e precisa ser superada.	Resistência a mudanças
---	Brasil - Lei nº 8.666/1993	A Lei nº 8.666/1993 regulamenta no Brasil normas para licitações e contratos da administração pública, visando minimizar gastos desnecessários e fraudes. Mas, por outro lado engessa e burocratiza vários processos que deveriam ser ágeis devido à dinâmica do mercado e necessidades dos clientes/pacientes, tornando um ponto crítico a ser enfrentado.	Brasil - Lei nº 8.666/1993 (hospitais que precisam prestar conta de verba pública)
---	Perda de profissionais e superioridade técnica	Bernardo, Valls e Casadesus (2012), Chu e Chiang (2013) abordam como ponto crítico com o desenvolvimento da aliança logística, a perda de profissionais e superioridade técnica, para outros hospitais parceiros. Pode ocorrer de algum hospital vendo as habilidades e competências dos profissionais convidarem-os a fazer parte de sua equipe. Sendo necessário criar mecanismos para minimizar esse tipo de risco.	Perda de profissionais e superioridade técnica
---	Falta de apoio governamental efetivo	Um ponto crítico que vem afetar a formação e desenvolvimento da aliança logística hospitalar é a falta de apoio efetivo do governo (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012). Sem o incentivo do governo com políticas e legislações, criam-se mais empecilhos para seu desenvolvimento e melhor desempenho.	Falta de apoio governamental efetivo
---	Brasil - Lei nº 8.080/1990	Vecina Neto e Malik (2007) argumentam que a Lei nº 8.080/1990 é um ponto crítico por promover jogo de responsabilidades e deveres entre as esferas federal, estadual e municipal, para administração e organização do SUS. Além de engessar várias medidas ou procedimentos para o desenvolvimento e adaptação de formas de gestão e estruturas organizacionais, consequentemente a formação de alianças logísticas.	Brasil - Lei nº 8.080/1990
---	Falta de informações do histórico de trabalho em conjunto	Nelson <i>et al.</i> (1999b) argumentam que não ter históricos de hospitais que trabalhem em alianças, torna-se um ponto crítico na decisão de sua formação Mas, acredita-se que este fator não seja um grande empecilho, pois há outros requisitos que podem ser analisados para auxiliar nessa decisão, por exemplo: tempo no mercado, reputação e competências. Assim, não considera como uma barreira relevante a ser enfrentada.	---

Quadro 21: Sistematização das dificuldades da aliança logística e aliança logística entre hospitais (continuação)**Fonte:** Elaborado pela autora

Das dificuldades encontrados na revisão de literatura de aliança logística, três não foram mencionadas pelos autores de aliança logística entre hospitais, que são: partilha de informações estratégicas, gerar valor incremental aos membros e resistência a mudança, talvez pelo tema no setor de logística hospitalar está incipiente, com uma visão mais operacional que estratégica de agregação de valor.

Na literatura de aliança logística entre hospitais apresentou-se cinco dificuldades não encontradas na literatura de aliança logística, sendo: duas mais específicas as organizações do setor público – Lei Nº 8.666/1993 e Lei Nº 8.080/1990, que institui respectivamente, as

normas para licitações, contratos da administração pública e atribuições, responsabilidades nas esferas federal, estadual e municipal; duas mais genéricas que se encaixa a qualquer setor e empresa – perda de profissionais e superioridade técnica, e falta de apoio governamental efetivo; e uma dificuldade, falta de informações do histórico de trabalho em conjunto, vista como não sendo de grande impacto na decisão de formação da aliança logística, por haver outros requisitos que podem ser analisados, tais como competências, tempo e reputação no mercado.

Os quadros referenciais teóricos de sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística entre hospitais servem como parâmetros para melhor compreensão e conhecimento do tema. Sabe-se que, quando a organização possui conhecimento do contexto e tipo de relação em que está inserida, fica mais fácil de desenvolver procedimentos e métodos de planejamento, operação e controle do relacionamento. A próxima seção contribui com o desenvolvimento desse passo a passo a auxiliar na gestão da aliança logística entre hospitais.

3.5 Quadro referencial teórico para sistematização de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais

No estudo a sistematização para planejamento e operação da aliança logística entre hospitais trata-se do desenvolvimento de um conjunto de critérios organizados e priorizados, que alinham as atividades e processos internos da instituição com os interrelacionados com os membros externos. Para tal sistematização, analisa-se no Quadro 22 a abrangência das abordagens de planejamento e operação da aliança logística, apresentadas pelos autores da seção 2.6 e subseção 2.6.1, para posteriores sugestões de complemento.

Com base nas argumentações dos autores Burns e Lee (2008), McCue, Clement e Luke (1999), Song (1995), Vavala (1994), Yarbrough e Powers (2006), de que as alianças hospitalares não são bastante exploradas e com a preocupação em apresentar detalhes dos processos e procedimentos de se formar, planejar, operacionalizar e avaliar seus desempenhos com início, meio e fim. O Quadro 22 está estruturado sob esse viés em cinco colunas: primeira, organiza por ordem alfabética os autores que apresentam procedimentos e processos de gestão da aliança logística no ambiente empresarial e hospitalar; da segunda a quinta coluna aborda os processos mencionados por estes autores – iniciação; planejamento; operação, monitoramento e controle; e encerramento. Esses processos são assinalados quando mencionados pelos autores da primeira coluna.

Autores	Iniciação	Planejamento	Operação, monitoramento e controle	Encerramento
Bagchi; Virum (1996)	✓	✓	✓	✓
Bowersox (1990)		✓	✓	
Brekalo; Albers; Delfmann (2013)		✓	✓	
Bronder; Pritz (1992)	✓	✓	✓	
Brouthers; Brouthers; Wilkinson (1995)		✓	✓	
Büyüközkan; Feyzioglu; Nebol (2008)		✓		
Cardwell; Bolon (1996)		✓	✓	
Das; Kumar (2011)		✓	✓	✓
Feng; Xiao (2010)		✓		
Gregory (1992)		✓	✓	
Jianmim (2010)		✓		
Kale; Singh (2009)		✓	✓	
Lambert; Cooper (2000)		✓	✓	
Lambert; Emmelhainz; Gardner (1996)	✓	✓	✓	
Leatt; Barnsley (1994)		✓	✓	
Mandal; Love; Irani (2003)		✓	✓	
Nelson <i>et al.</i> (1999b)		✓	✓	
Novotny; Donahue; Bhalla (2004)		✓	✓	
Rheinecker (1994)		✓	✓	
Ring (2000)		✓	✓	
Schmoltzi; Wallenburg (2012)		✓	✓	
Schreiner; Kale; Corsten (2009)		✓	✓	
Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013)	✓	✓	✓	✓
Wallenburg; Schäffler (2014)		✓	✓	
Young <i>et al.</i> (2001)		✓	✓	
Zuckerman; Annuno (1990)		✓	✓	
Total de vezes abordados	04	26	23	03

Quadro 22: Abrangência das abordagens de planejamento e operação da aliança logística e aliança logística hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se no Quadro 22, que os autores apresentam mais processos e procedimentos de planejamento (mencionado vinte e seis vezes) e, operação monitoramento e controle (citado vinte e três vezes), esquecendo ou minimizando em sua maioria os processos de iniciação (quatro vezes) e encerramento (três vezes). Vale destacar que alguns autores como Gregory (1992), Feng; Xiao (2010), Jianmim (2010), Nelson *et al.* (1999b), Schreiner; Kale; Corsten (2009), Siew-Phaik; Downe; Sambasivan (2013), Zuckerman; Annuno (1990) entre outros, não abordam detalhes ou um passo a passo de o que deve ser considerado ou como deve ser planejado, operacionalizado e controlado, argumentam a necessidade dos processos ser realizados para o sucesso da aliança.

Neste contexto, o objetivo de propor uma sistemática para a orientação do planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, dividiu-se em três fases: Pré-desenvolvimento, Desenvolvimento e Pós-desenvolvimento (Figura 9). Com o intuito de organizar e integrar as abordagens apresentadas no Quadro 22, e melhor detalhá-las em uma sequência coerente a auxiliar os gestores hospitalares nas tomadas de decisões mais eficientes desse tipo de arranjo organizacional. A proposta da sistemática busca apresentar uma linguagem mais simples e de fácil compreensão, unindo as experiências e visões de vários autores.

Figura 9: Planejamento e operação da aliança logística entre hospitais

Fonte: Elaborado pela autora

O planejamento e operação da aliança logística entre hospitais são abordados em três fases: Pré-desenvolvimento – refere-se ao levantamento de informações e dados, para apoiar a tomada de decisão em desenvolver uma aliança logística e planejar os requisitos internos para formação da relação e escolha do parceiro; Desenvolvimento – trata em fechar o acordo com o parceiro, planejar os processos e atividades a serem desenvolvidos em conjunto, gerenciar as operações, mudanças e necessidades de melhorias/replanejamento; e Pós-desenvolvimento – formaliza a conclusão da aliança logística, que pode ser encerrada por ter atingido o objetivo ou por não estar obtendo os resultados desejados.

Essas fases da aliança logística entre hospitais dividem-se em quatro etapas: Iniciação; Planejamento; Operação, monitoramento e controle; e Encerramento. Essas etapas possibilitam melhor visualização, compreensão e controle administrativo dos processos e

atividades internas do hospital com as dos parceiros, por meio de uma sequência coerente baseada e adaptada da revisão de literatura. As etapas são ligadas por um objetivo em comum da aliança logística, sendo sobrepostas com interações de recursos materiais, financeiros, humanos, tecnológicos e *know-how*, em diversos níveis de intensidade durante todo o desenvolvimento e relação. Dentro das etapas de Iniciação, Planejamento e Operação, monitoramento e controle, são gerados *loops* de feedbacks para análises, adaptações e planejamento.

As fases seguidas pelas etapas possibilitam desenvolver níveis de registros, o que permite análise da utilização de melhores práticas ou mesmo comparativos de uma aliança logística para outra, além de impulsionar resultados organizacionais positivos, tais como estímulo a aprendizagem e a melhoria contínua. Para tanto, as etapas são detalhadas nas próximas subseções.

3.5.1 Etapa - Iniciação da aliança logística entre hospitais

A fase de Pré-desenvolvimento principia com a etapa de Iniciação da aliança logística entre hospitais, que trata do levantamento de informações e análise da real necessidade de formação e desenvolvimento da relação, ou seja, define o destino que se pretende chegar e se há necessidade de cooperação de outras instituições. Para propor o conjunto de critérios mais adequados a etapa de Iniciação, baseia-se no Quadro 22, mais especificamente na integração e adaptação das abordagens dos autores Bagchi e Virum (1996), Bronder e Pritz (1992), Lambert, Emmelhainz e Gardner (1996), Siew-Phaik, Downe e Sambasivan (2013), que apresentam processos e procedimentos iniciais, denominados respectivamente fundação, decisão estratégica, direcionadores e fase de iniciação. Assim, os processos a serem realizados nesta primeira etapa de Iniciação são:

- 1) Resgatar as metas e estratégias de operações da área de logística, baseadas nas definições do planejamento estratégico do hospital ou em reuniões da diretoria e superintendência;
- 2) Documentar os motivos para desenvolvimento da aliança logística. Neste processo os gestores analisaram os processos e ativos da logística, que precisam ser mudado e aperfeiçoado para atingir as metas almejadas para área;
- 3) Definir o objetivo da aliança logística;
- 4) Realizar uma análise prévia de tempo, investimento, riscos, recursos envolvidos e expectativas de resultados com o desenvolvimento da aliança logística;

5) Solicitar autorização das partes competentes do hospital e avaliação jurídica, para iniciar o planejamento da aliança logística com outros hospitais.

Os processos da etapa de Iniciação necessitam que tenha um mínimo possível de documentação e compromisso da alta administração, depois da autorização do planejamento para formação da aliança logística com outro hospital. Essa documentação facilita a análise para tomada de decisão, serve para reflexão de melhorias e aprendizagem para futuros desenvolvimentos de novas alianças logísticas.

3.5.2 Etapa - Planejamento da aliança logística entre hospitais

A etapa de Planejamento da aliança logística entre hospitais refere-se ao procedimento de previsão de um conjunto de ações ou operações para obter de forma mais eficiente e eficaz o objetivo desejado, ou seja, traçar um caminho mais adequado, estratégias para organizar os processos, atividades e tarefas a serem desenvolvidas, e mobilizar os recursos necessários (humano, financeiro, tecnológico etc.) para chegar ao objetivo comum ou ao destino final.

A proposta para os processos mais adequados para a etapa de Planejamento da aliança logística entre hospitais utiliza a integração e adaptação das abordagens dos autores apresentados na coluna de planejamento do Quadro 22. Sendo os processos e procedimentos organizados e distribuídos em duas subetapas: planejamento interno e planejamento conjunto.

A subetapa de Planejamento interno é desenvolvida em grande parte na fase de Pré-desenvolvimento, que visa pesquisar informações, detalhar procedimentos e requisitos internos ao hospital, para obter uma escolha de parceiros e formação da aliança logística mais promissora. Os processos e procedimentos a serem realizados nessa subetapa são:

1) Formar uma equipe interna para planejamento da aliança logística. Os funcionários recrutados devem ser multifuncionais e dos vários departamentos que o sistema logístico influencia (administrativo, médico, farmacêutico, enfermagem etc.), para compartilhar conhecimento e não prejudicar o objetivo principal do hospital, que é a prestação de serviços de saúde de qualidade à população;

2) Garantir que a equipe interna entenda o objetivo da aliança logística e suas responsabilidades. Sugere-se uma reunião com a alta administração e a equipe de planejamento da aliança logística como forma de firmar o compromisso e compreensão do mesmo objetivo;

3) Planejar a configuração da aliança logística: atividades, processos e recursos a serem compartilhados e executados, responsabilidades, cronograma, intensidade da relação, grau de formalização, centralização entre outros pontos que se julgar necessários;

4) Identificar modelos, ferramentas e técnicas úteis para gestão, monitoramento e controle da aliança logística;

5) Desenvolver critérios para seleção do parceiro mais adequado, tais como: competências ou recursos complementares; cultura e valores compatíveis; objetivos comuns; níveis de riscos ponderados; estabilidade financeira; *know-how*; reputação; tecnologias entre outros, que se julgar necessário ou com foco específico – estratégico, tático e operacional;

6) Identificar os possíveis parceiros para pré-avaliação, o que se encaixam nos critérios desenvolvidos;

7) Declarar o objetivo da aliança logística, características e competências necessárias, para lance dos futuros parceiros;

8) Avaliar os hospitais que demonstraram interesses e selecionar o parceiro;

9) Formular e fechar acordo da aliança logística.

A fase de Desenvolvimento da aliança logística entre hospitais é marcada pela seleção do parceiro, fechamento do acordo de aliança logística e término da subetapa de Planejamento interno.

A subetapa de Planejamento conjunto da aliança logística entre hospitais visa desenvolver um plano integrado das ações entre os parceiros, coletar mais informações e determinar os processos e procedimentos a serem realizados, que são:

1) Estabelecer uma equipe multifuncional de planejamento e operação conjunta da aliança logística (definir um líder ou conselho administrativo);

2) Garantir que essa equipe multifuncional compreenda o objetivo da aliança logística. Sugere-se que documentem e realizem uma reunião inicial com a diretoria, superintendência e funcionários envolvidos no desenvolvimento da aliança logística;

3) Definir os processos, atividades e responsabilidades de cada membro da aliança logística;

4) Definir os objetivos específicos, metas e estratégias da aliança logística;

5) Estimar a duração de tempo dos processos e atividades da aliança logística;

- 6) Planejar níveis e compartilhamento de riscos, investimentos, recursos, pessoal e tecnologia;
- 7) Levantar fatores críticos e facilitadores da aliança logística;
- 8) Planejar estrutura organizacional, mecanismos de coordenação, grau de autoridade, hierarquia e procedimentos para resolução de conflitos;
- 9) Planejar sistema de informação e comunicação (ágil e flexível);
- 10) Determinar o tipo de informação (operacional, tática e estratégica) e frequência de atualização transmitida entre os aliados, para evitar conflitos futuros;
- 11) Planejar indicadores de desempenhos (qualidade, financeiro, informações e conhecimento) e processos de melhoria contínua;
- 12) Traçar perfil cultural dos funcionários, para identificar potenciais áreas de conflitos, e assim serem minimizadas;
- 13) Planejar capacitação e integração das equipes: treinamentos, eventos e sistema de aprendizagem de cooperação e trabalho em equipe;
- 14) Planejar limitações de riscos em caso de fracasso e procedimentos de encerramento da aliança logística. Enquanto está tudo bem, tanto do ponto de vista administrativo quanto técnico, para evitar transtornos caso os resultados não saiam como o esperado, e nesse momento dificilmente conseguirá desenvolver boas negociações.
- 15) Desenvolver cronograma esperado para obtenção dos benefícios com aliança logística. Refere-se a estimar datas de início e término dos processos, atividades, recursos e resultados esperados com a relação. Esse cronograma pode ser iterativo e serve de linha de base para analisar e acompanhar o progresso da aliança logística entre os hospitais.

A etapa de Planejamento finaliza depois da determinação dos processos da subetapa de Planejamento conjunto, que integra de forma holística e alinha a gestão e controle da aliança logística sob uma mesma visão de cooperação ganha-ganha.

3.5.3 Etapa - Operação, monitoramento e controle da aliança logística entre hospitais

A fase de Desenvolvimento tem a etapa de Operação, monitoramento e controle da aliança logística entre hospitais, que trata em executar as ações e administrar os recursos humanos, financeiros, tecnológicos, materiais, medicamentos entre outros, para obter os benefícios e objetivos planejados. Para tanto, utiliza-se do monitoramento e controle dos

processos, fluxos de materiais, informações e pessoas para obter *loops* de feedbacks, e assim adaptar e desenvolver rapidamente melhorias contínuas ou prosseguir para etapa de Encerramento.

Os processos e procedimentos a serem realizados na etapa de Operação, monitoramento e controle da aliança logística entre hospitais, baseiam-se nas abordagens recomendadas pelos autores assinalados do Quadro 22, sendo integrados e adaptados ao contexto do setor, que são:

- 1) Gerir a aliança logística visando o trabalho em equipe e a orientação aos processos determinados para a relação;
- 2) Avaliar funcionários quanto a aspectos culturais de cooperação;
- 3) Criar um ambiente de equipe por meio de eventos, treinamentos, declarações de valor do trabalho em equipe etc.
- 4) Administrar o sistema de informação e comunicação da aliança logística;
- 5) Controlar o cronograma da aliança logística;
- 6) Monitorar e controlar continuamente o desempenho da aliança logística. Caso os processos e resultados não estejam saindo como o desejado, esses possam ser adaptados e replanejados visando à melhoria contínua e resultados ganha-ganha aos parceiros da aliança logística, ou para que prossigam para a última etapa de Encerramento.

Os processos e procedimentos listados na etapa de Operação, monitoramento e controle da aliança logística entre hospitais visam, em uma linguagem mais simples, ‘manter o rumo’ no caminho planejado em busca do destino comum dos parceiros. Observa-se que está Etapa adentra a Fase de Pós-desenvolvimento para gerar *loops* de feedbacks dos resultados e desempenhos da aliança logística, e assim auxiliar na tomada de decisão de melhorias ou encerramento da relação.

3.5.4 Etapa - Encerramento da aliança logística entre hospitais

A etapa de Encerramento da aliança logística entre hospitais encontra-se na fase de Pós-desenvolvimento, visa dissolver a relação, aprender com os resultados obtidos e perpetuar os conhecimentos adquiridos. Os processos e procedimentos a serem realizados nesta Etapa integram e adaptam as abordagens dos autores Bagchi e Virum (1996), Das e Kumar (2011), Siew-Phaik, Downe e Sambasivan (2013), que estão assinalados no Quadro 22, sendo:

1) Encerrar a aliança logística por ter atingido o objetivo planejado ou por não obter os resultados e desempenhos esperados. Seguir os procedimentos planejados conjuntamente de encerramento da aliança logística;

2) Realizar os registros de encerramento e feedbacks a equipe do hospital, destacando pontos positivos, negativos, facilitadores no desenvolvimento da aliança logística, ou seja, as lições aprendidas para reflexão e formação de uma próxima relação de parceria.

Vale ressaltar que a utilização da sistemática de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, pode variar de hospital para hospital, por existir fatores e contextos organizacionais diferentes. Mas a utilização dessa sistemática apoia na tomada de decisão para um desenvolvimento mais coerente de uma aliança logística entre hospitais, fornece um caminho, uma sequência, que vem a instigar os gestores a refletirem sob um viés mais estratégico ao contexto que estão inseridos.

4 Método de pesquisa

“Curiosidade, criatividade, disciplina e especialmente paixão são algumas exigências para o desenvolvimento de um bom trabalho, baseado no confronto permanente entre o desejo e a realidade.”

Mirian Goldenberg

O capítulo aborda a caracterização do método de pesquisa, as etapas de pesquisa e os procedimentos adotados para desenvolvimento do trabalho.

4.1 Caracterização do método de pesquisa

O método de pesquisa é um instrumento que permite orientação geral ao pesquisador, para planejar uma pesquisa, coordenar investigações, explorar contextos e experiências, além de obter conhecimentos, analisar e interpretar resultados (FACHIN, 2002).

Desta forma, os componentes do método de pesquisa que norteiam o desenvolvimento da tese são:

- abordagem de pesquisa: qualitativa por tratar de elementos ou temas complexos como aliança logística e aliança logística entre hospitais, e por buscar conhecer e compreender a relação dinâmica, fatos e interações reais entre pessoas e sistema, ponderando a existência da subjetividade, por meio de observações, registros, interpretações e análises, que não podem ser traduzidos em números (GIL, 2007; MARTINS; THEÓPHILO, 2007);
- caráter da pesquisa: exploratória por visar obter maior familiaridade com o problema e torná-lo explícito ou construir hipóteses, por meio da revisão de literatura e de entrevistas com pessoas que possuem experiências empíricas, para estimular uma melhor compreensão e construção do conhecimento sobre o assunto (COLLIS; HUSSEY, 2005; COOPER; SCHINDLER, 2003; GIL, 2007);
- estratégia de pesquisa ou procedimentos técnicos adotados: revisão de literatura, para obter conhecimento do tema e problema com base nas referências já publicadas, e assim conseguir melhor aproveitamento e compreensão dos exemplos práticos que são pesquisados (GIL, 2007; MARTINS; THEÓPHILO, 2007); e estudo de casos, para aprofundar em detalhes e obter um amplo conhecimento sobre o problema (BELL, 2008; BERTO; NAKANO, 2000; MIGUEL, 2007; MIGUEL *et al.*, 2010; SCHAEFER; DILLMAN, 1998; YIN, 2005). O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa adequada quando se concentra em uma organização, para investigação em profundidade, com atenção aos detalhes, sendo que na área de aliança logística entre hospitais não encontrou-se na literatura estudos que descrevessem especificidades do tema.

Rotter *et al.* (2012) confirmam que muitos dos pressupostos utilizados para o planejamento de aliança hospitalar não são apresentados de forma clara e muitas vezes são baseados em evidências científicas limitadas ou pobres. As pesquisas existentes não buscam compreender em detalhes como é o relacionamento dessas alianças no setor hospitalar e nem como são geridas. A sistematização de quadros teóricos abordados na seção 3.4 e 3.5, juntamente com o estudo de casos múltiplos buscam conhecer melhor as especificidades desses relacionamentos.

4.2 Etapas da pesquisa

A pesquisa foi realizada sob quatro grandes etapas:

- **Etapla I** - Revisão da literatura, subdividida em três partes: primeira, identificar e analisar estudos que apresentem abordagens e definições de conceitos de alianças logísticas, alianças hospitalares e alianças logísticas entre hospitais, para ampliar o conhecimento e identificar as características, lacunas sobre o tema, motivadores, facilitadores, benefícios, dificuldades e orientações de planejamento e operação dessas relações; segunda, levantar e analisar estudos que mostrem casos práticos, técnicas, comparações e elementos que caracterizem de forma qualificada o tema, ou seja, que possua um método de pesquisa que possa ser replicado ou sirva de orientação para o desenvolvimento dos procedimentos de pesquisa; e terceira, sistematizar e sintetizar o grau de consonância entre a teoria e a prática encontrada na revisão de literatura.

- **Etapla II** – Desenvolvimento conceitual, subdividido em quatro partes: (1) determinar um conceito de aliança logística a orientar o trabalho e destacar as características, motivadores, facilitadores, benefícios, dificuldades e abordagens de planejamento e operação mais tratados na literatura de alianças logísticas; (2) identificar um conceito de aliança logística entre hospitais a nortear a pesquisa e salientar as características, motivadores, facilitadores, benefícios, dificuldades e abordagens de planejamento e operação mais citados na literatura de alianças hospitalares e alianças logísticas entre hospitais; (3) analisar a literatura e sistematizar quadros de referencial teórico para a caracterização, motivação, facilitadores, benefícios, dificuldades e de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais; e (4) desenvolver um instrumento para coleta de dados e informações das alianças logísticas entre hospitais nos estudos de casos múltiplos.

- **Etapla III** - Pesquisa empírica, subdividida em quatro partes: (1) selecionar hospitais para estudo de múltiplos casos de alianças logísticas entre hospitais; (2) entrar em

contato para solicitar autorização e nomes dos responsáveis pelas áreas de logística; (3) enviar e-mail de apresentação da pesquisa e coletar primeiras informações das alianças logísticas; (4) aplicar roteiro de entrevista semiestruturado nos hospitais selecionados.

- **Etapa IV** - Tratamento e análise dos dados coletados, subdivididos em cinco partes: (1) apresentar a caracterização dos hospitais estudados e informações sobre os respondentes; (2) descrever os dados e informações obtidas durante entrevistas nos estudos de casos de forma sintetizada e categorizada; (3) analisar os dados e resultados das alianças logísticas do estudo de casos múltiplos sob a base dos quadros de referenciais teóricos de sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades e planejamento e operação da aliança logística entre hospitais. Identificando fatores, processos e práticas comuns entre os hospitais pesquisados e a literatura; (4) analisar a necessidade para mudanças e identificar as contribuições dos quadros referenciais teóricos sistematizados para aliança logística entre hospitais; e (5) ressaltar as contribuições, limitações e oportunidades para novas pesquisas.

A Etapa IV de tratamento e análise dos dados coletados no estudo de casos múltiplos se apresentam oportunos por permitir comparar o padrão obtido empiricamente com o padrão abordado na teoria, além de possibilitar maior compreensão e conhecimento do tema no setor hospitalar e sugerir melhorias nos processos de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.

Nas próximas subseções abordam-se detalhes dos procedimentos adotados na revisão de literatura, seleção dos estudos de caso e técnicas de coleta de dados, e procedimentos éticos adotados na pesquisa.

4.2.1 Procedimentos adotados na revisão da literatura

O levantamento na literatura partiu de uma revisão preliminares dos temas alianças estratégicas, alianças logísticas, alianças na saúde e alianças hospitalares, que proporcionou contextualizar o assunto e a definir as palavras-chave e termos de busca ou *strings* de busca, para revisão específica da literatura de alianças logísticas entre hospitais.

As palavras-chave e *strings* de busca definidas foram: *logistics alliances; planning of logistics alliances; management of logistics alliances; life cycle logistics alliance; logistics alliances in hospitals and health; strategic alliances in hospital and health; hospital alliances; life cycle hospital alliance; e planning and management of hospital alliances*. As bases de dados selecionadas foram a *Web of Science*, *Emerald*, *Scopus* e a *NCBI - National*

Center for Biotechnology Information, esta última apresenta-se como uma das maiores bibliotecas de informações médica e de saúde do mundo.

A seleção dos artigos para análise utilizou as palavras-chave e *strings* de busca, que deveriam estar presentes no título ou no resumo do artigo, e serem publicados de 1990 aos dias atuais, sendo a primeira triagem. Os artigos que enquadravam nessa descrição foram incluídos em um banco de dados, os duplicados foram eliminados.

O período escolhido foi com base nos autores Bowersox (1990), Chow, Heaver e Henriksson (1995), Mehta *et al.* (2006), Ratten (2004), Stock, Greis e Kasarda (2000), que abordam que as alianças logísticas proliferaram a partir da década de 90. McCue, Clement e Luke (1999) relatam que a formação de alianças hospitalares ganhou força, para consolidar os cuidados a saúde, também ao longo da década de 90.

Selecionados os artigos na primeira triagem, todos foram lidos na íntegra, a fim de eliminar publicações que não eram realmente relacionadas com o tema de estudo. Para isso, como critérios de qualificação dos trabalhos, avaliou-se a importância e contribuição para o estudo, e se descreviam o método de pesquisa utilizado. Além dos critérios de inclusão e exclusão do artigo, que levaram em conta o objetivo geral da tese, a questão de investigação e seus pressupostos, e as identificações e análises definidas na Etapa I e Etapa II.

O levantamento da revisão de literatura, utilizando as palavras-chave e *strings* de busca nas quatro bases de dados resultaram na seleção da primeira triagem e inclusão no banco de dados para leitura na íntegra 245 artigos, desses foram aproveitados para desenvolvimento do estudo 120 artigos, sendo 64 voltados à aliança logística e 56 a alianças hospitalares com foco direto e indireto na área de logística. Na Figura 10 mostra-se a distribuição dos artigos incluídos na tese, desde 1990 até 2014, o que permite visualizar picos de interesse pelo assunto na literatura, em 1996, 2000 e 2008 da aliança logística, e em 2012 da aliança hospitalar/logística.

Figura 10: Gráfico de artigos incluídos na tese - 1990 a 2014

Fonte: Elaborado pela autora

Percebe-se na Figura 10 que o tema aliança logística e aliança entre hospitais com foco direto e indireto na logística manteve-se em discussão na literatura em maior ou menor grau durante os anos, como ilustrado pela distribuição temporal da amostra de 120 artigos incluídos neste estudo. Independente da abordagem ser mais detalhada, superficial ou empírica, no artigo completo ou em partes/seção, os autores destinaram sempre alguma atenção a este tipo de relacionamento. Pode-se destacar que o período de tempo escolhido de 1990 a 2014 foi adequado para desenvolver a pesquisa de revisão de literatura. Embora esta pesquisa possa não ser exaustiva, acredita-se que os artigos selecionados compreendem um corpo representativo do trabalho de pesquisa, que está sendo proposto neste tema.

Para complementar ou reforçar alguns pontos de vista, conceitos e informações sobre alianças logísticas entre hospitais, utilizou-se dez livros pesquisados no banco de dados bibliográficos da Universidade de São Paulo (Dedalus - Global). Ademais, trabalhos de congressos, teses, dissertações e relatórios formaram uma fonte secundária de referências, que contribuíram para a construção do ponto de vista crítico da autora e organização do referencial teórico.

4.2.2 Procedimentos da seleção dos estudos de casos e técnica de coleta de dados

A seleção dos estudos de caso buscou identificar os hospitais considerados de excelência ou referência, por acreditar que possuem maior estabilidade e organização do ponto de vista administrativo e de qualidade. Para tanto, levantou-se a lista disponibilizada pela JCI (*Joint Commission International*), a mais importante acreditadora hospitalar do mundo, dos dez primeiros hospitais brasileiros reconhecidos como referência na saúde, e o

ranking dos dez melhores hospitais públicos do estado de São Paulo, listados pela pesquisa chamada de ‘Provão do SUS’ - Sistema Único de Saúde, elaborada pela secretária de Estado da Saúde, que entrevistou 60,2 mil pacientes que passaram por internações e exames em cerca de 500 estabelecimentos de saúde conveniados a rede pública.

Para conhecimento do nível de representatividade e reputação dos vinte hospitais dessas duas listas, são apresentados de forma aleatória: Hospital Paulistano; Hospital do Rim e Hipertensão; Hospital do Coração - Hcor; Hospital Beneficência Portuguesa; Hospital Israelita Albert Einstein; Hospital São José; Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; Hospital Sírio Libanês; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital das Clínicas Unidade Materno Infantil de Marília; Hospital TotalCor; Hospital Amaral Carvalho; Hospital Samaritano; Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Centrinho Bauru; Hospital São Camilo; Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas de São Paulo; Hospital 9 de Julho; Instituto Brasileiro de Controle do Câncer; e Hospital Estadual de Vila Alpina.

As duas listas foram analisadas e optou-se em selecionar os cinco primeiros hospitais de cada uma. Em seguida entrou-se em contato por telefone para identificar as pessoas responsáveis pelas áreas de logística do hospital e para a autorização da pesquisa. Feito isso, enviou-se email, em 22 de abril de 2014, de apresentação da pesquisa e primeira etapa da coleta de dados, visando à identificação das alianças formais (por meio de contratos e documentação pertinente) e informais (por meio de acordos verbais), que mantém com outros hospitais (Apêndice A). Dos dez hospitais, após vários contatos por telefone, obtiveram-se alguns registros que merecem destaques:

- 23 de maio - 01 hospital retornou o e-mail apresentando as alianças que possuía e colocou-se à disposição para marcar uma data e horário para a entrevista; 03 hospitais acharam melhor agendar uma conversa presencial e que passariam possíveis datas e horários por email; e 06 hospitais estavam em processo de autorização da pesquisa e pediram para aguardar.

- 05 de junho - agendou-se a primeira entrevista para o dia 08 de julho às 10 horas, devido período de férias do responsável pela área de logística. Próximo à data marcada entrou-se em contato para lembrete e confirmação, sendo notificada que o responsável pela área de logística não mais pertencia ao quadro de funcionários do hospital, e precisaria entrar

em contato com o novo responsável pela área, que pediu que encaminhasse novamente carta de apresentação da pesquisa e questões a serem respondidas durante entrevista para análise.

- 16 de julho - agendou-se entrevista com um hospital de foco de atendimento público (lista Provão SUS), para 12 de agosto às 10 horas, ao qual foi realizada;
- 29 de julho - agendou-se entrevista com o segundo hospital de foco de atendimento público (lista Provão SUS), para 05 de agosto às 9 horas, sendo realizada com êxito;
- 13 de agosto - agendou-se entrevista com o terceiro hospital de foco de atendimento público (lista Provão SUS), para 03 de setembro às 14 horas. No dia 02 de setembro, recebeu-se email desmarcando a entrevista e remarcando para o dia 16 de setembro às 15h30m, ao qual foi realizada;
- 02 de setembro - realizaram-se ligações a seis hospitais que estavam aguardando para agendar entrevista, dizendo que estaria na cidade, realizando pesquisas e gostaria de aproveitar para entrevistá-los. Foram agendadas três entrevistas (hospitais lista JCI): às 7 horas; às 10 horas; e às 14 horas, sendo todas realizadas;
- 11 de setembro - agendou-se entrevista com mais um hospital com foco de atendimento privado da lista JCI, para o dia 16 de setembro às 9 horas;
- 20 de outubro - entrou-se em contato com os três hospitais que faltavam (um da lista JCI e dois da lista Provão SUS), todos alegaram que o projeto estava em processo de avaliação para autorização (comitê de ética ou diretoria) e não possuem respostas.
- 11 de novembro - um hospital da lista JCI e outro da lista Provão SUS disseram não conseguir contribuir com a pesquisa este ano. O outro hospital da lista do Provão SUS relatou que a documentação do projeto da pesquisa já tinha passado pelo comitê de ética e tinha sido aprovado. Mas, era necessário esperar a liberação de um formulário de autorização, que precisaria ser assinado pessoalmente pelo pesquisador, e encaminhado aos departamentos de suprimento/logística e farmácia. Feito isso, poderia ligar aos responsáveis pelas áreas e agendar uma data para a realização da entrevista. Perante este contexto e devido ao tempo para finalizar a tese, optou-se em prosseguir somente com os casos realizados.

De acordo com Eisenhardt (1989), em estudo de casos múltiplos, o número adequado de casos a serem pesquisados é de quatro a dez casos. Assim, foram realizados 07 (sete) estudos de casos, sendo 04 (quatro) com foco em atendimento particular e 03 (três) em

atendimento público. Nessas Instituições foram coletados os dados e informações por meio de entrevista semiestruturada, com os responsáveis pela área de logística e farmácia.

Vale destacar que a entrevista semiestruturada é uma técnica para coleta de dados conduzida com o uso de um roteiro, mas com liberdade de acréscimo de novas perguntas pelo pesquisador. O objetivo é compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações do contexto em que estão inseridos, além de possibilitar inferências causais percebidas pelo pesquisador e maior espontaneidade no contato com o respondente, sem que ocorra distanciamento do tema (MARTINS; THEÓPHILO, 2007; YIN, 2005).

O roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B) foi dividido em três partes: caracterização do hospital; identificação e caracterização da aliança logística que foi baseado nos quadros de referenciais teóricos de sistematização da seção 3.4; planejamento e operação da aliança logística foram norteados pela sistematização da seção 3.5. As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora, além de conversas por email para esclarecer dúvidas e complementar alguma informação.

O protocolo de pesquisa (Quadro 23) é desenvolvido para orientar o pesquisador na condução das entrevistas nos estudos de casos, além de aumentar a confiabilidade e validade do estudo (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLIC, 2002).

Protocolo de pesquisa	
Questão de pesquisa	Como gerir a aliança logística entre hospitais?
Objetivo da pesquisa	Propor uma sistemática para a orientação do planejamento e operação da aliança logística entre hospitais.
Unidades de análise	Hospitais de referência listados pela JCI e Provão do SUS
Respondentes da pesquisa	Responsáveis pela área de logística/suprimentos e farmácia
Validade dos construtos	Utilização de fontes múltiplas de evidências: teórica (Figura 8, Quadro 17, Quadro 18, Quadro 19, Quadro 20, Quadro 21, Quadro 22); e práticas (Quadro 3, Quadro 4, entrevistas semiestruturadas, observações diretas e análises de documentos tais como: declarações ou notas fiscais de empréstimos e consignações de materiais médicos/medicamentos, anuários e sites/revistas das instituições)
Principais questões do estudo de caso	Quais as características de uma aliança logística entre hospitais? Quais os motivos, facilitadores, benefícios e pontos da aliança logística entre hospitais? Quais os processos e procedimentos para planejamento e operação da aliança logística entre hospitais?

Quadro 23: Protocolo de pesquisa sintetizado

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que o protocolo de pesquisa sintetizado lista apontamentos para que o pesquisador não perca o foco durante as entrevistas e siga o mesmo padrão. Esse protocolo de pesquisa foi detalhado no Apêndice B.

4.2.3 Procedimentos éticos adotados na pesquisa

O pesquisador ao desenvolver uma pesquisa que envolva o relacionamento com pessoas precisa adotar questões éticas, planejar pontos que inclua proteção contra danos físicos ou morais aos participantes, integridade dos dados e informações coletadas. “O objetivo da ética na pesquisa é assegurar que ninguém seja prejudicado ou sofra consequências adversas devido às atividades de pesquisa” (COOPER; SCHINDLER, 2003, p. 110).

De acordo com Blaxter; Hughes e Tight (2001)² *apud* BELL (2008), ter ética na pesquisa significa transparência e integridade com os envolvidos no estudo, obtendo o consentimento informado dos participantes, por meio de acordos a cumprir sobre o emprego, manipulação, análise e divulgação dos dados, incluindo a confiabilidade.

Collis e Hussey (2005) abordam que não há um código restrito de ética a ser seguido na pesquisa. O pesquisador precisa basear nos padrões dos códigos e regulamentos de ética, equacionando-os com bom senso de integridade pessoal e da instituição ou grupo de pesquisa que está a representar, para determinar procedimentos éticos a serem seguidos durante os estudos.

Nesse contexto, as diretrizes básicas de ética adotadas para o desenvolvimento dos estudos de caso foram: (1) envio de email de apresentação da pesquisa e o propósito do estudo; (2) envio do roteiro de entrevista, para análise das questões pelo comitê de ética da instituição ou da diretoria administrativa e superintendência; (3) compromisso de confidencialidade dos respondentes e instituição; e (4) compartilhamento dos resultados pós-análises.

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

“Unus pro omnibus, omnes pro uno.”

“Um por todos, todos por um.”

Alexandre Dumas

5 Estudo de casos múltiplos

O capítulo apresenta os hospitais e respondentes que contribuíram com a pesquisa, descrição dos dados e informações coletadas caso a caso, para posterior análise dos resultados e identificação de contribuições aos quadros referenciais teóricos sistematizados.

5.1 Caracterização dos hospitais e respondentes

O Quadro 24 visa apresentar as principais características dos sete hospitais pesquisados, que são denominados de Hospitais A, B, C, D, E, F e G. As informações e dados para caracterização dos casos foram coletados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sites dos hospitais, do próprio roteiro entrevista e com os departamentos de avaliação e desempenho dos hospitais.

Foco de atendimento	Privado				Público		
Hospitais	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F	Hospital G
Características	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F	Hospital G
Tipo Unidade	Hospital Geral	Hospital Geral	Hospital Geral	Hospital Geral	Hospital Especializado	Hospital Especializado	Hospital Geral
Esfera Administrativa	Privada	Privada	Privada	Privada	Privada - atende de 80 a 90% setor público	Público	Público
Gestão	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Estadual	Estadual
Natureza da Organização	Empresa privada com fins lucrativos	Beneficente sem fins lucrativos	Beneficente sem fins lucrativos	Beneficente sem fins lucrativos	Beneficente sem fins lucrativos	Administração indireta - autarquias	Administração indireta - autarquias
Nível de atenção	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade	Média e alta complexidade
Especialidades e Serviços	Abaixo de 100	Abaixo de 100	Abaixo de 100	Abaixo de 100	Abaixo de 100	Abaixo de 100	Acima de 100
Nº de Profissionais	Médicos cadastrados: abaixo de 5.000 Outros profissionais: abaixo de 5.000	Médicos cadastrados: acima de 5.000 Outros profissionais: acima de 5.000	Médicos cadastrados: abaixo de 5.000 Outros profissionais: abaixo de 5.000	Médicos cadastrados: abaixo de 5.000 Outros profissionais: abaixo de 5.000	Médicos: Abaixo de 500 Outros:---	Médicos: abaixo de 500 Outros profissionais: acima de 500	Médicos: acima de 500 Outros profissionais: Acima de 5.000
Nº de Leitos	151 a 500	Acima de 500	Acima de 500	151 a 500	151 a 500	151 a 500	Acima de 500
Nº de consultas/mês	Acima 15.000	Acima 15.000	Abaixo 15.000	Acima 15.000	Abaixo 15.000	Abaixo 15.000	Acima 15.000
Nº de internações/mês	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Abaixo de 1.000	Abaixo de 1.000	Acima de 1.000
Nº de cirurgias/mês	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Acima de 1.000	Abaixo de 1.000	Abaixo de 1.000	Acima de 1.000
Nº de almoxarifados	01 a 02	01 a 02	01 a 02	01 a 02	01 a 02	03 a 05	03 a 05
Nº de farmácias	Central: 01 Satélites: acima de 05	Central: 01 Satélites: acima de 05	Central: 01 Satélites: acima de 05	Central: 01 Satélites: abaixo de 05	Central: 01 Satélites: abaixo de 05	Central: 01 Satélites: abaixo de 05	Central: 01 Satélites: abaixo de 05

Quadro 24: Caracterização dos hospitais pesquisados

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 24 aborda informações e dados para possibilitar uma melhor compreensão e visão da complexidade de planejamento e operação dos hospitais pesquisados, permitindo ver seus elevados e intrincados fluxos de materiais, medicamentos, informações e pessoas que circulam por mês. Diante dessa realidade, a logística torna-se uma área de apoio fundamental para gestão desses fluxos e da instabilidade das demandas, sobressaindo como oportunidade estratégica o desenvolvimento de alianças logísticas em ambientes complexos e dinâmicos, como abordado na literatura por Moore (1998), Smith, Hair Jr. e Ferguson (2014), Wallenburg e Schäffler (2014), Ying e Yan-Ping (2007). Sendo uma boa alternativa aos hospitais, não somente por possuírem um ambiente complexo e dinâmico, mas devido suas várias carências de cunho administrativo, financeiro, estrutural, profissional entre outros.

Os respondentes dos hospitais pesquisados que contribuíram para melhor compreensão da prática no dia a dia das relações desenvolvidas com outros hospitais, que influenciam de forma direta ou indireta a área de logística, estão apresentados no Quadro 25.

Características Hospitais	Função	Tempo na função	Formação Acadêmica
A	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 07 anos 2) 04anos	1) Administração e pós em Logística 2) Farmácia
B	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 01 ano 2) 11 anos	1) Administração 2) Farmácia
C	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 05 ano 2) 06 anos	1) Administração e pós em Logística 2) Farmácia
D	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 12 anos 2) 09 anos	1) Administração 2) Farmácia
E	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 01 ano 2) 07 anos	1) Farmáutico e pós em Administração 2) Farmácia
F	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 30 anos 2) 06 anos	1) Biologia e Administração 2) Farmácia
G	1) Gerente de Suprimentos e Logística 2) Gerente de Farmácia	1) 10 anos 2) 16 anos	1) Administração e Ciências Contábeis 2) Farmácia

Quadro 25: Caracterização dos respondentes da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que os respondentes possuem conhecimento acadêmico na área de atuação (administração ou farmácia) para desenvolverem uma boa gestão dos fluxos de materiais, medicamentos e informações, bem como experiências da rotina dos hospitais por executarem suas funções há anos. Os respondentes 1 (um) dos Hospitais B e E estão há um ano na função, mas antes desempenhavam as mesmas atividades em outros hospitais. Essa caracterização dos respondentes permite verificar se possuem conhecimento para responder o roteiro de entrevista semiestruturado e contribuir com detalhes na área e tema de pesquisa.

5.2 Descrição dos dados e informações coletadas

A descrição dos dados e informações coletadas durante entrevista semiestruturada com os respondentes dos sete estudos de casos é detalhada uma a uma nas próximas subseções, como Hospital A, Hospital B, Hospital C, Hospital D, Hospital E, Hospital F e Hospital G. Os relacionamentos desenvolvidos pelos hospitais pesquisados com outros, visando à área de logística de forma direta e indireta, são abordados como relações numeradas da sigla que lhes denominam, por exemplo: Hospital A, seus relacionamentos são apresentados como Relação A1 e A2, até analisar suas características na subseção 4.3.1, para determiná-las ou não como Alianças logísticas A1 e A2.

Vale destacar que coincidiu em os Hospitais A, B, C e D se relacionarem em maior grau com uns e menor com outros, para as atividades de empréstimos de materiais médicos e medicamentos, negociação e compra conjunta. O que permitiu obter a visão e informações dos dois lados da relação.

5.2.1 Hospital A

O Hospital A aborda duas modalidades de se relacionarem com outros hospitais, que influenciam a área de logística: Relação A1, para empréstimos de materiais médicos e medicamentos; e Relação A2, para negociação de preços e compra conjunta de itens padrão.

O Hospital A realiza empréstimos de materiais médicos e medicamentos a outros hospitais da cidade, sendo mais comum com dois hospitais gerais cujas localizações são bem próximas. No Hospital A, não há um controle individual para levantar a frequência de relacionamento com estes hospitais, ou seja, com quem se relaciona mais ou menos, mas em média relacionam seis vezes por mês com cada um (Hospital A solicita empréstimos duas vezes por mês aos hospitais da Relação A1, e eles quatro vezes por mês cada). Desta forma, o contato com os dois hospitais em vez de ser tratado individualmente é abordado como Relação A1, uma vez também que o Hospital A não visualiza distinção ou preferência entre algum deles.

A Relação A1 é desenvolvida há anos, sem formalização de contratos ou convênios, não tendo dependência um com outro, pois caso um dos dois hospitais da Relação A1 não possa atender a solicitação de empréstimo, o que é raro, entra-se em contato com outros hospitais da cidade, respeitando a proximidade geográfica para facilitar a movimentação e agilidade, até encontrar um que possa emprestar o item.

Segundo o Hospital A não existe necessidade de conhecer os requisitos da área de logística um do outro, pois o que motiva a manter e desenvolver a Relação A1 é a política de boa vizinhança, pela qual um ajuda o outro quando é necessário atender um paciente de emergência em uma situação de falta ocasionada por atrasos de fornecedores, problemas com a exportação ou por não serem itens padrão do dia a dia do hospital, para não prejudicar o atendimento e saúde do paciente. As informações que compartilham são referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução.

Os principais procedimentos e critérios de seleção realizados para iniciar e manter a Relação A1 são a proximidade geográfica, as unidades serem do tipo atendimento geral e nível de complexidade média a alta, e por possuírem maior disponibilidade e consumo de estoque.

Os responsáveis pela área de suprimentos/logística e farmácia são quem decidem a solicitação e autorização às atividades de empréstimo. Eles fazem e recebem o contato por telefone, com os respectivos responsáveis das áreas dos outros hospitais, seguindo a proximidade geográfica.

Autorizado o empréstimo, o hospital solicitante deve preparar uma declaração de empréstimo em papel timbrado, com as informações: data do empréstimo, nome do hospital, descrição e marca do material ou medicamento, quantidade, possível data de devolução, campo para assinaturas dos funcionários responsáveis pela operação de autorização, retirada e devolução. Os funcionários responsáveis em preparar essas documentações e acompanharem o processo, desde a saída até o retorno ou vice-versa, são os auxiliares de suprimentos/logística e farmácia, sob a supervisão do responsável pela área. Não há uma equipe conjunta de planejamento e operação da Relação A1, cada um determina o seu procedimento de gestão.

No Hospital A, as informações da declaração de empréstimos são lançadas em uma planilha do Excel (entradas, saídas e devoluções) que fica na rede, para visualização e acompanhamento das áreas responsáveis pelo empréstimo e solicitação, sendo depois arquivada em pastas.

O Hospital A não visualiza dificuldades com o desenvolvimento dos processos de empréstimos com a Relação A1. O que facilita essa relação é a reciprocidade, a política de boa vizinhança em prol ao bem estar e saúde do paciente, além da homogeneidade e

proximidade geográfica. Primeiramente os benefícios são para os pacientes, para a promoção de sua saúde e vida; em segundo lugar, não geram compras emergenciais, negociações a preços inflacionados devido à redução do prazo de entrega; e em terceiro, permite obter materiais médicos e medicamentos mais rápidos do que se fossem comprados dos fornecedores. Numa visão geral, os hospitais não ganham e nem perdem em termos financeiros ou operacionais, pois somente emprestam se estiver com sobra no estoque.

Esse relacionamento entre o Hospital A e a Relação A1, somente terminaria se um dos hospitais não cumprisse o combinado, mas como o “telhado de todos é de vidro, seus fornecedores e estoques não são 100% confiáveis, não há porque não manter a parceria que dura há anos”, argumentou o Respondente 1.

O Hospital A representado pela superintendência e diretoria, após análise do mercado e da Intuição perceberam a necessidade de unir a outros hospitais para obter melhores níveis de desempenhos. Assim, agrupou-se a uma rede seleta e restrita de hospitais privados, visando à gestão e controle administrativos, otimização de processos operacionais, tecnológicos, financeiros e estratégicos. A opção por esta Rede de hospitais privados foi devido à superintendência e diretoria do Hospital A possuir contatos com os responsáveis de outros hospitais, que eram membros da Rede. Esta relação desenvolve-se há anos por contrato formalizado, que pode ser rompido a qualquer momento por descumprimento de alguma norma, procedimentos preestabelecidos ou por inviabilidade em manter as operações negociadas.

Dentre os processos compartilhados na Rede de hospitais privados, existe a negociação de compras conjunta e distribuição de materiais hospitalares e medicamentos, que é detalhada como Relação A2.

O objetivo da Relação A2 é obter melhores preços de compra e distribuição de materiais hospitalares e medicamentos com fornecedores e laboratórios.

Segundo o Hospital A, não existe dependência com a Relação A2, para desenvolvimento do processo de compras e negociação conjunta. O Hospital A pode optar em realizar a negociação e compra direta de um fornecedor, mas a negociação realizada pela Rede hospitalar tende a obter melhores preços e benefícios. Assim, participa e compartilha informações de demanda, marca e últimos preços a compor a negociação da Relação A2.

Os responsáveis da área de suprimentos/logística e farmácia do Hospital A planejam internamente junto com seus analistas suas demandas de insumos, que são cadastradas no

sistema Bionexo (a empresa responsável pela plataforma/ferramenta Bionexo disponibiliza uma área exclusiva aos membros da Rede hospitalar, que permite visualização e participação dos membros credenciados e fornecedores avaliados). O Hospital A não conhece as necessidades e requisitos da área de logística dos outros membros, pois o que precisam para desenvolver a atividade de negociação e compra conjunta é união do volume de insumos.

As reuniões entre os membros para análises e discussões da atividade de negociações e compra conjunta são realizadas sem periodicidade fixa (mensal, bimestral ou semestral), depende da necessidade, oportunidade ou qualquer outra questão e circunstância que venham a precisar de tomadas de decisões consensuais, que possam afetar todos os membros.

A equipe da Rede do complexo hospitalar é formada por um farmacêutico e dois auxiliares administrativos, que são responsáveis pela triagem e cadastros dos fornecedores na plataforma Bionexo, cadastros dos membros e insumos, compilação das demandas e informações disponibilizadas no sistema, e análise da negociação da compra conjunta da Relação A2. Além de lembrar prazos, orientar os procedimentos da compra conjunta, partilhar informações aos hospitais membros dos fornecedores vencedores das cotações, condições de pagamentos, entregas, pedidos mínimos e relatórios de desempenhos. Os hospitais membros podem acompanhar pela plataforma Bionexo toda a negociação, e devem emitir seus pedidos de compras direto aos fornecedores vencedores.

O Hospital A argumenta que os motivos que levam a desenvolver a Relação A2 são obter melhores preços com fornecedores por meio de ganho em escala, maior agilidade e flexibilidade nas entregas. Os facilitadores são: apoio da alta administração em buscar e preocupar-se em desenvolver este tipo de relacionamento; conhecimento das dificuldades do setor de saúde e partilha de objetivo em comum, pela busca de melhores resultados financeiros e para os pacientes; e sistema de informação simples e transparente para se trabalhar, permitindo analisar históricos de compras e todas as propostas oferecidas pelos fornecedores. Os benefícios são redução de custos de compras/negociações (ganhos financeiros, tempo e pessoal), e eliminação de serviços e operações duplicadas de negociações (a equipe da rede de complexo hospitalar realiza as cotações e contatos). Não visualizam dificuldades com o desenvolvimento de tal relacionamento, pois os procedimentos são bem definidos e declarados, onde todos tendem a ganhar.

5.2.2 Hospital B

O Hospital B se relaciona com outros hospitais, com foco na área de logística, por meio de empréstimos e consignações de materiais médicos e medicamentos (Relação B1), e pela ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, para negociação de preços e compra conjunta de itens padrão (Relação B2).

A Relação B1 que promove empréstimos e consignações de materiais médicos e medicamentos ocorrem mais intensamente com três hospitais da cidade. Os critérios para seleção desses hospitais e desenvolvimento da relação são confiabilidade na tradição e reputação do hospital, proximidade geográfica, perfil semelhante em termos de unidade geral, nível de complexidade alta, consequentemente, maior disponibilidade e consumo de estoque.

A Relação B1 é cultivada há anos com esses três hospitais, existindo outros casos semelhantes só que em menor frequência de contatos, alguns quase raros de acontecer. A Relação B1 não é formalizada por contratos ou convênios, não há dependência que venha afetar as operações normais do Hospital B, pois se por ventura um dos três hospitais não tiver como atender a solicitação de empréstimo ou consignação, há outros hospitais na cidade que podem ser verificados, o que não é muito comum de ocorrer.

O Hospital B não conhece as necessidades e os requisitos da área de logística dos hospitais da Relação B1, apesar de imaginarem e compreenderem a realidade um do outro por possuírem perfil de demanda e estruturas organizacionais bem semelhantes. As informações que compartilham são referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução.

Os motivos que levam a desenvolver a Relação B1 são:

- falta de materiais médicos e medicamentos, ocasionadas por atrasos de fornecedores, itens não padrão do dia a dia do hospital, alta demanda não prevista, ou seja, pontual e eventual. Em média o Hospital B solicita empréstimo três vezes por mês, uma vez com cada hospital para não sobrecarregar nenhum e não perder contato. Os três hospitais da Relação B1, solicitam em média ao Hospital B quatro vezes por mês cada um.
- prazo de validade ou baixo consumo: devido a alguma falha de planejamento, mudanças da demanda, perfil dos médicos e pacientes, alguns lotes de materiais médicos e medicamentos precisam ser eliminados para não vencer ou ficar ocupando espaço e retendo dinheiro. Assim, entra-se em contato com os hospitais da Relação B1, normalmente respeitando a proximidade geográfica como forma de facilitar a locomoção dos itens. O

Hospital B oferece por consignação o(s) lote(s) do material médico ou medicamento que tem disponível. Há duas maneiras para o hospital receptor devolver estes itens: primeira, no final do mês ou após a data de vencimento do material médico ou medicamento conforme negociado, o hospital receptor devolverá o que não foi consumido para descarte e a quantidade consumida em um lote com data de validade útil/longa; e segunda, o hospital receptor paga em dinheiro à quantidade de itens consumida e devolve para descarte o que não foi utilizado. Isso ocorre quando um item não é mais utilizado pelo Hospital B, por solicitação dos médicos ou por ter no mercado outro item de qualidade superior. No sistema é dada a entrada como se fosse o retorno da quantidade dos itens que saíram, depois o responsável da área faz o reajuste manual no sistema. Em média o Hospital B oferece o processo de consignação uma vez a cada dois meses, e vice versa.

O contato é feito por telefone pelos responsáveis das áreas de suprimentos/logística e farmácia com os respectivos responsáveis das áreas dos hospitais da Relação B1, os empréstimos ocorrem mais nos finais de semana e feriados, pelos fornecedores e distribuidores não trabalharem e assim não conseguir posição dos itens comprados ou a comprar. Os funcionários que administram e controlam as atividades de empréstimos, trocas e consignações são: os responsáveis pela área de suprimentos/logística (materiais médicos) e farmácia (medicamentos), que autorizam os empréstimos, solicitam aos membros e supervisionam todo o processo; e os auxiliares de suprimentos e farmácia, que executam as entradas, saídas e baixas no sistema por meio de notas de empréstimos (quando solicitam) e declarações de empréstimos (quando emprestam). Não há uma equipe de gestão conjunta da Relação B1.

O Hospital B controla estes relacionamentos de empréstimos e consignações via o sistema de gestão integrada. No sistema existe um tipo de movimentação de estoque denominado empréstimos, que dão entradas, saídas e baixas dos itens, além de permitir cadastrar data de retirada/entrada, nome do hospital solicitante/fornecedor, quantidade do item, descrição e marca do item, número do lote, nome do funcionário que autorizou o empréstimo ou solicitou, e nome do funcionário que retirou o item no Hospital B ou que retirou no hospital parceiro.

Quando o Hospital B vai emprestar ou consignar algum item aos hospitais da Relação B1, emite pelo sistema uma nota de empréstimo, para maior controle e registro contábil. O responsável pela área de suprimentos/logística ou farmácia que autorizou tal procedimento precisa assinar no campo de autorização ou enviar e-mail para ser anexado

junto à cópia da nota de empréstimo que fica na Instituição. Quando a situação é o inverso, os hospitais parceiros preparam uma declaração de empréstimo ou consignação em papel timbrado com as mesmas informações, ficando com uma cópia e entregando a outra para o Hospital B, que registra a entrada do item em seu sistema de gestão integrada, pelo tipo de movimentação de estoque empréstimos, e arquiva a declaração.

O Hospital B não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação B1, pois somente emprestam ou consignam quando não afeta nenhuma das partes. O que facilita tal relacionamento é a confiança, por ocorrer há longos anos, a política de boa vizinhança, a homogeneidade e proximidade geográfica. Os benefícios dos empréstimos é o pronto atendimento aos pacientes, além de ser um processo mais rápido para obtenção de algum item, do que se fosse comprado de um fornecedor. Já a consignação evita perdas financeiras e permite ganhos de espaços nas farmácias, que antes estavam ocupados desnecessariamente.

A Relação B2, que apresenta o relacionamento com outros hospitais para negociação de preços e compra conjunta de itens padrão, são realizadas por meio da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados (ver detalhes sobre a ANAHP na subseção 4.2.8). Esse relacionamento acontece há anos, com o objetivo de obter melhores preços, maior agilidade e confiabilidade nas entregas e qualidade dos itens.

A superintendência e a diretoria do Hospital B, ao analisar o sistema de saúde privado que julgavam em total desordem e turbulência, perceberam que sozinhos não conseguiriam obter melhores resultados em termos de qualidade, crescimento e reconhecimento em excelência nacional e internacional, era necessário unir-se a outras instituições. Assim em contato com outros hospitais, que se encontravam na mesma situação, após várias discussões e negociações formaram a ANAHP.

Para planejamento e operação da ANAHP, existem equipes internas de cada área dos hospitais membros incumbidas em participar dos programas foco da parceria, por exemplo: negociações com fornecedores é a equipe da área de suprimentos/logística e farmácia; relacionamentos estratégicos, os responsáveis em desenvolver são superintendência e alguns diretores; área da saúde e parte das melhores práticas assistenciais é responsabilidade do corpo clínico entre outros.

As equipes internas de cada área dos membros se reúnem conforme o planejado, por exemplo, o pessoal de suprimentos/logística e farmácia, do programa de negociações /trabalho com fornecedores, se reúne de quatro em quatro meses. Há também um conselho geral e

diretoria para planejamento e operação conjunta da ANAHP, referente a seus programas, eventos/congressos para compartilharem informações e capacitações, publicações dos resultados gerados pela parceria entre outros (ver detalhes subseção 5.3).

A Relação B2 é realizada por meio de contrato renovado anualmente, onde o hospital interessado em participar da ANAHP precisa passar primeiramente por um processo de triagem para verificar se é apto ou não. Os membros se reúnem de quatro em quatro meses, para discutir e analisar as melhores propostas dos fornecedores. Antes da reunião, uns quinze dias em média, os membros precisam entrar no sistema de compra conjunta para apontar os itens de interesse, previsão de consumo e preço da última compra do item. Caso o item que deseja não esteja cadastrado no sistema, precisa solicitar na ANAHP a inclusão.

Segundo o Hospital B não há um grau de dependência, pois se por ventura precisar antes de algum item devido alguma variação na demanda, adquirem diretamente com os fornecedores, ou ainda se preço listado de última compra no sistema de compra conjunta for melhor do que o negociado pela ANAHP, não precisa adquirir dos fornecedores credenciados pela parceria, obtém direto do seu fornecedor.

Os membros compartilham informações de preço e qualidade dos itens que negociam, para parâmetros da negociação da ANAHP. Não conhecem os requisitos da área de logística dos membros, e não há preocupação em conhecer ou adaptar a necessidade dos parceiros, pois para operacionalizar a atividade de compras conjunta, precisam unir o volume de insumos a negociar junto aos fornecedores e assim ganhar em negociação de escala.

Na Relação B2, não há um planejamento conjunto das necessidades da área de compra de cada hospital membro, o que existe é uma negociação conjunta, onde se planeja individualmente suas necessidades e as cadastram no sistema (plataforma Bionexo, tem uma área destinada a ANAHP). Uma equipe ANAHP, formada por um farmacêutico e dois auxiliares administrativos, compila a necessidade de cada item fornecida pelos membros, para obter-se um melhor preço devido ao volume, ganho em escala, e realiza as primeiras negociações. O sistema disponibiliza o histórico dos itens comprados, permite ver os melhores preços e fornecedores que estão negociando, bem como condições de pagamento e prazos de entrega a partir do fechamento do pedido. Para evitar especulações, todos os membros que cadastraram pedidos no sistema para compra conjunta precisam efetuar o pedido, se o preço cotado pela ANAHP for menor que o disponibilizado no sistema (última compra realizada) pelo hospital membro.

O Hospital B não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação B2, pois todos os membros conhecem e seguem os procedimentos estabelecidos. Os benefícios citados são: conhecimento do mercado de negociações, *benchmarking* de compras, melhores negociações com fornecedores e laboratórios, consequentemente, melhores preços, garantia de qualidade e confiabilidade nas entregas; possibilidade de desenvolver melhorias contínuas nos processos de suprimentos/logística e farmácia, por meio das capacitações, eventos anuais e trocas de informações. Os facilitadores na promoção da boa relação são: os interesses comuns, um sistema de compra transparente (plataforma Bionexo e reuniões com os responsáveis pelas áreas de suprimentos/logística e farmácias), procedimentos de parcerias bem definidos e declarados, e incentivos da superintendencia para fazer parte da ANAHP.

5.2.3 Hospital C

O Hospital C declara que desenvolve relacionamentos duradouros com outros hospitais nas áreas de:

- pesquisa: teste de produtos, novas práticas médicas etc.;
- responsabilidade social: auxilia na administração de três hospitais;
- comercial: troca de informações estratégicas e indicadores de desempenho; e
- logística: empréstimos e consignações de materiais médicos e medicamentos (Relação C1), e negociação de preços e compra conjunta (Relação C2), realizado por meio da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. As relações com foco na área de logística são detalhadas a seguir.

A Relação C1 que promove empréstimos e consignações de materiais médicos e medicamentos são comuns com quatro hospitais da cidade. Os critérios para seleção desses hospitais e desenvolvimento de tal relação são proximidade geográfica, perfil semelhante em termos de unidade geral, nível de complexidade alta, maior disponibilidade e consumo estoque.

A Relação C1 é cultivada há anos com esses quatro hospitais, existindo outros casos semelhantes só que em menor frequência de contatos. O relacionamento não é formalizado por contratos ou convênios, não há dependência, e sim política de boa vizinhança.

O Hospital C não conhece as necessidades e os requisitos da área de logística dos hospitais da Relação C1, apesar de imaginar e compreender suas realidades, por possuírem perfil de demanda e estruturas organizacionais bem semelhantes. As informações que

compartilham são operacionais referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução.

Os motivos que levam a desenvolver a Relação C1 são:

- falta de materiais médicos e medicamentos, ocasionadas por atrasos de fornecedores, itens não padrão do dia a dia do hospital, alta demanda não prevista, por ser pontual e eventual. Em média o Hospital C solicita empréstimo duas vezes por mês, uma vez com cada hospital. Os hospitais da Relação C1 solicitam em média, quatro vezes por mês cada um.

- baixo consumo: devido a alguma mudança de demanda, perfil dos médicos e pacientes, alguns lotes de materiais médicos e medicamentos são consumidos lentamente. Para não ocasionar perda por validade e ocupação de espaço desnecessário, entra-se em contato com os hospitais da Relação C1 e os oferece por consignação, respeitando a proximidade geográfica como forma de facilitar a locomoção dos itens. O hospital receptor vai devolvendo em pequenas quantidades com datas mais recentes conforme a necessidade do Hospital C. Em média esse relacionamento para consignação ocorre uma vez a cada dois ou três meses, e vice versa.

O contato é feito por telefone pelos responsáveis das áreas de suprimentos/logística e farmácia com os respectivos responsáveis das áreas dos hospitais da Relação C1. Eles são responsáveis em solicitar, autorizar ou liberar os empréstimos, e supervisionar todo o processo. Os auxiliares de suprimentos e farmácia que executam e controlam toda a movimentação de entrada, saída e baixa dos itens. Não há uma equipe conjunta de planejamento e operação desse relacionamento, por visualizar como uma questão pontual e operacional para determinado momento.

O Hospital C realiza as solicitações de empréstimos e consignações por meio de declaração em papel timbrado do hospital (e vice-versa), com as informações: data do empréstimo, nome do hospital, descrição e marca do material ou medicamento, quantidade, possível data de devolução, assinatura do funcionário que autorizou o empréstimo e do que retirou. Para controlar essas entradas, saídas e baixas, os auxiliares de suprimentos ou farmácia lançam em uma planilha do Excel, que fica disponibilizada na rede para visualização e acompanhamento dos responsáveis da área que solicitou ou emprestou o item.

O Hospital C não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação C1, pois somente emprestam ou consignam quando não afeta nenhuma das partes. O que facilita tal

relacionamento são os longos anos de colaboração, o desenvolvimento de uma cultura de boa vizinhança, compreensão da realidade e dificuldades da área hospitalar e proximidade geográfica. Os benefícios com a Relação C1 são principalmente para os pacientes, em serem atendidos quando precisam, e para as equipes dos hospitais por evitar desgates e estresses com negociações emergenciais e fornecedores, além de evitar perdas financeiras (por exemplo, com vencimento de itens, espaços/infraestrutura e pessoal subutilizados na farmácia etc.), obter mais rápido o medicamento ou material médico, do que se fosse esperar por um fornecedor.

A Relação C2, que apresenta o relacionamento com outros hospitais para negociação de preços e compra conjunta, são realizadas por meio da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. O relacionamento acontece há mais de 10 anos, com o intuito de obter melhores preços, prazos de entregas e certificação de garantia da qualidade.

A Relação C2 é realizada por meio de contrato renovado anualmente, pela qual o hospital interessado em participar da ANAHP precisa passar primeiramente por um processo de triagem para verificar se é apto ou não. Os membros se reúnem de quatro em quatro meses, para discutir e analisar as melhores propostas dos fornecedores. Antes da reunião, uns quinze dias em média, os membros precisam entrar no sistema de compra conjunta para apontar os itens de interesse, previsão de consumo e preço da última compra do item. Caso o item que deseja não esteja cadastrado no sistema, precisa solicitar a equipe da ANAHP à inclusão (formada por um farmacêutico e dois auxiliares administrativos).

Segundo o Hospital C não há um grau de dependência, pois se por ventura precisar antes de algum item devido alguma variação na demanda, adquirem diretamente com os fornecedores, ou ainda se seu preço da última compra de algum item listado no sistema de compra conjunta for melhor do que o negociado pela ANAHP, compra direto do seu fornecedor.

Os membros compartilham informações de preço e qualidade dos itens negociados pelos mesmos, para parâmetros da negociação da ANAHP. Não conhecem os requisitos da área de logística um do outro, e não há preocupação em conhecer ou adaptar a necessidade dos parceiros.

A superintendência e a diretoria do Hospital C, ao analisar o sistema de saúde privado que se encontrava em total desordem e turbulência, perceberam que sozinhos não conseguiriam obter melhores resultados em termos qualidade, crescimento e reconhecimento

em excelência nacional e internacional, precisariam unir forças com outras instituições. Assim, em contato com outros hospitais, que se encontravam na mesma situação, após várias discussões e negociações formaram a ANAHP, que possui foco estratégico a operacional para desenvolvimento dos membros em prol um melhor sistema de saúde a seus pacientes.

Para planejamento e operação da ANAHP, existem equipes internas de cada área dos hospitais membros responsáveis em participar dos programas foco da parceria, por exemplo: negociações com fornecedores é a equipe de da área de suprimentos/logística e farmácia; relacionamentos estratégicos são a superintendência e alguns diretores; área da saúde e parte das melhores práticas assistenciais é responsabilidade do corpo clínico entre outros.

As equipes internas de cada área dos membros se reúnem conforme o planejado, por exemplo, a equipe de suprimentos/logística e farmácia do Hospital C, se reúne de quatro em quatro meses com as equipes dos outros hospitais membros. Há também um conselho geral e diretoria para planejamento e operação conjunta da ANAHP, referente a seus programas, eventos/congressos para compartilharem informações e capacitações, publicações dos resultados gerados pela parceria entre outros (ver detalhes subseção 5.3).

Não há um planejamento conjunto das necessidades da área de compra de cada hospital membro, o que existe é uma negociação conjunta, onde se planeja individual suas necessidades ou previsões de demanda, que são cadastradas no sistema Bionexo (a ANAHP possui uma área exclusiva para seus membros e fornecedores credenciados). A equipe da ANAHP (um farmacêutico e dois auxiliares administrativos) responsáveis pela negociação e compra conjunta, compilam as necessidades de cada item fornecidas pelos membros e realizam as primeiras negociações. O sistema disponibiliza o histórico dos itens comprados, permite ver os melhores preços e fornecedores que estão negociando (somente referente seu pedido), bem como condições de pagamento e prazos de entrega a partir do fechamento do pedido. Para evitar especulações, todos os membros que cadastraram pedidos no sistema para compra conjunta, precisam efetuar o pedido se o preço cotado pela ANAHP for menor que o disponibilizado no sistema (última compra realizada) pelo hospital membro.

O Hospital C não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação C2. Os benefícios citados são: conhecimento do mercado de negociações, *benchmarking* de compras, melhores negociações com fornecedores e laboratórios, e garantia de qualidade. Os facilitadores na promoção da boa relação são os interesses comuns, apoio da alta administração, sistema de compra transparente (plataforma Bionexo e reuniões com os

responsáveis pelas áreas de suprimentos/farmácias), procedimentos de parcerias bem definidos e declarados.

5.2.4 Hospital D

O Hospital D apresenta que os relacionamentos com outros hospitais que afetam ou influenciam a área de logística são as atividades de empréstimos de materiais médicos e medicamentos (Relação D1), e por meio da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, para negociação de preços e compra conjunta (Relação D2).

A Relação D1 que desenvolve a atividade de empréstimos de materiais médicos e medicamentos é mais comum com quatro hospitais da cidade. O Hospital D não pratica a atividade de troca e consignações motivadas por baixa demanda de um insumo e prazo de validade, por possuir acordos com os fornecedores para troca direta, e entender que o procedimento pode gerar problemas com a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por não ser cadastrado como uma organização de fornecimento de insumos.

Os critérios para seleção desses hospitais e desenvolvimento da relação são: reputação do hospital, proximidade geográfica, perfil semelhante em termos de unidade geral, nível de complexidade alta, maior disponibilidade e consumo de estoque.

A Relação D1 é desenvolvida há várias décadas com esses quatro hospitais, isso não significa que não há outros casos semelhantes com outros hospitais de portes diferentes, só que em menor grau ou frequência de contatos, sendo mais para emprestar do que para solicitar. Essa relação não é formalizada por contratos ou convênios, não existe dependência com o desenvolvimento deste relacionamento, que venha afetar as operações normais do Hospital D, pois se por ventura um dos hospitais não tiver como atender a solicitação de empréstimo, há outros hospitais na cidade que podem ser verificados, o que não é muito comum de acontecer.

O Hospital D não conhecem as necessidades e os requisitos da área de logística dos outros hospitais da Relação D1, mas compreende a realidade um do outro por possuírem perfil de demanda e estruturas organizacionais bem semelhantes. As informações que compartilham são operacionais referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução.

Como a Relação D1 é desenvolvida há anos, não sabe descrever quando e como tudo iniciou-se, os responsáveis pelas áreas de suprimento/logística e farmácia são que mantêm o relacionamento. Os motivos que levam a prosseguir são a falta de materiais médicos e

medicamentos, ocasionadas por atrasos de fornecedores, itens não padrão do dia a dia do hospital e alta demanda eventual. Em média o Hospital D solicita empréstimo de algum insumo duas vezes por semana, ou seja, oito vezes por mês. Dos hospitais da Relação D1, todos os dias há um que solicita algum item, uma média de vinte empréstimos por mês.

O contato é feito por telefone pelos responsáveis das áreas de suprimentos e farmácia com os respectivos responsáveis pelas áreas dos hospitais da Relação D1, que ocorrem mais nos finais de semana e feriados, pelos fornecedores e distribuidores não trabalharem, e assim não conseguir posição dos itens comprados, ou comprá-los em tempo hábil. A equipe interna que opera esta atividade são os responsáveis pela área de suprimentos e farmácia (solicitam, autorizam empréstimos e controlam), e os analistas de cada área. Não há formação de uma equipe conjunta para planejamento e operação da Relação D1.

O Hospital D controla estes relacionamentos de empréstimos via o sistema de gestão integrada, sendo o acompanhamento realizado pelo responsável da área que solicitou ou emprestou e dos analistas em executar o processo. No sistema existe um tipo de movimentação de estoque denominado empréstimos, que dão entradas, saídas e devoluções dos itens, além de permitir cadastrar data de retirada/entrada, nome do hospital solicitante/fornecedor, quantidade do item, descrição e marca do item, número do lote, nome do funcionário que autorizou o empréstimo ou solicitou, e nome do funcionário que retirou o item no Hospital D ou que retirou no hospital parceiro.

Quando o Hospital D vai emprestar algum item aos hospitais da Relação D1, emite pelo sistema uma nota de empréstimo, para maior controle e registro contábil. Quando a situação é o inverso, um dos hospitais também emite nota empréstimo e os outros três hospitais preparam uma declaração de empréstimo em papel timbrado com as mesmas informações, ficando com uma cópia e entregando a outra para o Hospital D, que registra a entrada do item em seu sistema de gestão integrada, pelo tipo de movimentação de estoque empréstimos, e arquiva a declaração.

O Hospital D não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação D1, pois somente empresta quando não há prejuízo para nenhuma das partes. O que facilita tal relacionamento é a convivência de longos anos, o bom relacionamento de vizinhança, a proximidade geográfica e a visão assistencial comum de compromisso com a saúde. Os benefícios do relacionamento em emprestar medicamentos e material médico é atender bem o paciente, em um tempo menor do que se tivesse de esperar a entrega do insumo pelo

fornecedor. Além de auxiliar de certa forma, a minimizar custos de negociação, gerado por compras urgentes, com prazos e quantidades menores de entrega.

A Relação D2, que apresenta o relacionamento com outros hospitais para negociação de preços e compra conjunta de fornecedores e laboratórios, são realizadas por meio da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, que ocorre há quase quinze anos, com o objetivo de obter os melhores preços, confiabilidade e qualidade dos itens.

A Relação D2 é realizada por meio de contrato renovado anualmente, onde o hospital interessado em participar da ANAHP precisa passar primeiramente por um processo de triagem para verificar se é apto ou não. Os membros se reúnem de quatro em quatro meses, para discutir e analisar as melhores propostas dos fornecedores. Antes da reunião, uns quinze dias em média, os membros precisam entrar no sistema de compra conjunta para apontar os itens de interesse, previsão de consumo e preço da última compra do item realizado pelo mesmo. Caso o item que deseja não esteja cadastrado no sistema, precisa solicitar a equipe da ANAHP, responsável pela negociação e compra conjunta, a inclusão.

Segundo o Hospital D não há um grau de dependência, pois se por ventura precisar antes de algum item devido alguma variação na demanda, adquirem diretamente com os fornecedores, ou ainda se seu preço da última compra do item listado no sistema de compra conjunta for menor do que o negociado pela ANAHP, pode comprar direto do seu fornecedor.

Os membros compartilham informações de preço e qualidade dos itens que negociam, para parâmetros da negociação de melhores preços da ANAHP. Os hospitais não conhecem os requisitos da área de logística um do outro, e não há preocupação em conhecer ou adaptar a necessidade dos parceiros vinculados a ANAHP.

A superintendência e a diretoria do Hospital D, ao analisar o sistema de saúde privado que se encontrava em total desordem e turbulência, observaram que não conseguiriam sozinhos adaptar ao mercado e obter melhores resultados em termos qualidade, crescimento e reconhecimento em excelência, precisariam unir a outras instituições. Assim em contato com outros hospitais, que se encontravam na mesma situação, após várias discussões e negociações formaram a ANAHP, que possui foco estratégico a operacional para desenvolvimento dos membros em prol a um melhor sistema de saúde a seus pacientes.

Para planejamento e operação da ANAHP, existem equipes internas de cada área dos hospitais membros que são responsáveis em participar dos programas foco da parceria, por exemplo: negociações com fornecedores são a equipe da área de suprimentos/logística e

farmácia; relacionamentos estratégicos são a superintendência e alguns diretores; área da saúde e parte das melhores práticas assistenciais é responsabilidade do corpo clínico entre outros.

As equipes internas de cada área dos membros se reúnem conforme o planejado, por exemplo, a equipe de suprimentos/logística e farmácia se reúne de quatro em quatro meses com as demais equipes ou funcionários das respectivas áreas dos hospitais membros e com a equipe conjunta da ANAHP, responsável por esta área, formada por um farmacêutico e dois auxiliares administrativos. Há também um conselho geral e diretoria para planejamento e operação conjunta da ANAHP, referente a seus programas, eventos/congressos para compartilharem informações e capacitações, publicações dos resultados gerados pela parceria entre outros (ver detalhes subseção 5.3).

Segundo o Hospital D, não há um planejamento conjunto das necessidades da área de compra de cada membro, o que existe é uma negociação conjunta, onde se planeja individual suas necessidades que são cadastradas no sistema Bionexo, nessa plataforma há uma área destinada a ANAHP. A equipe conjunta da ANAHP (farmacêutico e dois auxiliares) compila as previsões de demanda de cada item fornecida pelos membros, e realizam as primeiras negociações, para em reunião com todos os membros decidirem o melhor preço-benefício. O sistema disponibiliza o histórico dos itens comprados, permite ver os melhores preços e fornecedores que estão negociando (referente seu pedido), bem como condições de pagamento e prazos de entrega a partir do fechamento do pedido. Os fornecedores tem um acordo com a ANAHP de realizar entregas duas vezes por mês em cada hospital membro. Para evitar especulações, todos os membros que cadastraram pedidos no sistema para compra conjunta, precisam efetuar o pedido se o preço cotado pela ANAHP for menor que o disponibilizado no sistema (última compra realizada) pelo hospital membro.

O Hospital D não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação D2. Os benefícios citados são: conhecimento do mercado de negociações, ou seja, *benchmarking* de compras; melhores preços de medicamentos e materiais médicos; garantia de qualidade e confiabilidade nas entregas; capacitações focadas a área de suprimentos e farmácias, o que proporciona maior conhecimento e desenvolvimento de novas competências e formas de gestão. Os facilitadores na promoção da boa relação são: o envolvimento da superintendência e diretoria; os interesses comuns pelo sistema de saúde; sistema de compras transparente (plataforma Bionexo e reuniões com os responsáveis pelas áreas de suprimentos/farmácias, eventos anuais para divulgação de resultados e treinamentos); procedimentos de parcerias

bem definidos e declarados; e uma organização mediadora sem fins lucrativos para instigar o desenvolvimento dos membros interessados.

5.2.5 Hospital E

O Hospital E aborda que os relacionamentos com outros hospitais que influenciam a área de logística são por meio das atividades de empréstimos e trocas de materiais médicos e medicamentos, denominada no estudo de Relação E1.

A Relação E1 é desenvolvida com mais frequência com cinco hospitais da cidade. Os critérios para seleção e desenvolvimento da relação são a proximidade geográfica e interesse comum em prol à saúde e bem estar do paciente. O relacionamento ocorre há anos, de maneira informal, ou seja, não existem contratos ou convênios formalizando. Não há dependência na relação, o que ocorre é um relacionamento de oportunidade, de política de boa vizinhança, onde um ajuda quando não há prejuízo para nenhuma das partes.

O Hospital E não conhecem as necessidades e os requisitos da área de logística dos outros hospitais da Relação E1. As informações que compartilham são operacionais referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução.

Segundo os respondentes do Hospital E, a Relação E1 ocorre desde que entram na instituição, não sabem descrever quando e como tudo iniciou, mas são os responsáveis pelas áreas de suprimento/logística e farmácia que mantêm e desenvolvem o relacionamento. Os motivos que levam a procurar e compartilhar seus recursos com os hospitais da Relação E1 é a falta constante de algum material médico e medicamento, ocasionadas por atrasos de fornecedores, itens não padrão do dia a dia do hospital, alta demanda eventual e troca de lotes com validade próxima ao vencimento por lotes mais novos devido um dos hospitais possuir maior giro deste item. Em média o Hospital E solicita empréstimos duas vezes por mês, normalmente são materiais e medicamentos não padronizados ou não utilizados com muita frequência pelo hospital por ser uma unidade especializada. Os hospitais da Relação E1, em média solicitam três vezes por mês, sendo mais comum o empréstimo de itens da especialidade do Hospital E.

O contato é feito por telefone pelos responsáveis das áreas de suprimentos/logística e farmácia com os respectivos responsáveis pelas áreas dos hospitais da Relação E1. Os auxiliares das áreas de suprimentos e farmácia que executam e controlam todo o processo de

entradas, saídas e baixas. Não há uma equipe conjunta para planejamento e operação do relacionamento.

O Hospital E controla estes relacionamentos de empréstimos e trocas de materiais médicos e medicamentos via o sistema de gestão integrada, sendo o acompanhamento realizado mensalmente pelo responsável da área que solicitou ou emprestou. No sistema existe um tipo de movimentação de estoque denominado empréstimos, que dão baixas e entradas dos itens, além de permitir cadastrar data de retirada/entrada, nome do hospital solicitante/fornecedor, quantidade do item, descrição e marca do item, número do lote, nome do funcionário que autorizou o empréstimo ou solicitou, e nome do funcionário que retirou o item no Hospital E ou que retirou no hospital parceiro.

Quando o Hospital E vai emprestar algum item aos hospitais da Relação E1, emite pelo sistema uma nota de empréstimo, para maior controle, rastreabilidade e registro contábil. Quando a situação é o inverso, os hospitais preparam uma declaração de empréstimo em papel timbrado com as mesmas informações, ficando com uma cópia e entregando a outra para o Hospital E, que registra a entrada do item em seu sistema de gestão integrada, pelo tipo de movimentação de estoque empréstimos, e arquiva a declaração que foi assinada e data por ambos.

O Hospital E apresenta que um ponto crítico do desenvolvimento da Relação E1, é a demora para devolução dos itens emprestados, principalmente por parte dos hospitais públicos, que alegam vários problemas de burocracia e morosidade no seu processo de compras. O que obriga o Hospital E a solicitar empréstimos a outros hospitais da Relação E1 ou realizar compras emergenciais.

O que facilita o desenvolvimento da Relação E1 é a política de boa vizinhança, o bom relacionamento entre os profissionais da área de suprimentos e farmácias dos hospitais, a compreensão da dificuldade, carências e complexidade do sistema de saúde (especialmente o público), interesse comum e compromisso em prestar um serviço de qualidade à população, que não pode ser afetada pela falta de insumos.

Os benefícios do relacionamento em emprestar medicamentos e material médico é o bem estar e saúde do paciente, a promoção de um melhor atendimento e mais rápido a população. Já a troca de itens com prazo de validade maior, evita perdas financeiras não somente a Instituição mais a sociedade, que paga impostos para ter uma saúde mais digna.

5.2.6 Hospital F

O Hospital F desenvolve relacionamentos que afetam a área de logística por meio das atividades de troca e empréstimo de materiais médicos e medicamentos, com dois grandes hospitais gerais da cidade, de nível de atenção baixa a alta complexidade, por possuírem maior consumo de estoque, sendo um público e outro privado (Relação F1). Quando há alguma necessidade o primeiro contato é com o hospital público, por viver o mesmo contexto de burocratização, dificuldades de negociações da área de compras e proximidade geográfica.

A Relação F1 é realizada há anos, não se tem registros de quando tudo se iniciou, não existem contratos formalizados ou convênio com prazos limitados, nem planejamento de objetivos comuns, gestão integrada, conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística um do outro, troca de informações operacionais e estratégicas. O que existe é uma política de boa vizinhança em prol da saúde e bem estar do paciente.

As informações que compartilham são operacionais referentes ao material médico e medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução. Os responsáveis pelas áreas de suprimentos/logística e farmácia que mantêm e desenvolvem a Relação F1, são eles que autorizam e solicitam aos membros de sua equipe tais atividades e procedimentos. Os motivos que levam a procurar e compartilhar seus recursos com os hospitais da Relação F1 são por:

- prazo de validade: algumas vezes as verbas são destinadas para comprar especificamente alguns materiais médicos e medicamentos, o que ocasiona compra mais que o necessário, ou por ter de comprar em grande quantidade devido ao processo licitatório ser moroso e alguns fornecedores tenderem a atrasar nas entregas, acontece dos prazos de validade ficar próximo ao vencimento. Para não ter uma perda do material e financeira, entra-se em contato por telefone primeiro com o hospital público da Relação F1, solicitando a possibilidade de troca do material médico ou medicamento por outros com prazo de validade mais longa, caso não possua ou o fornecedor vai demorar entregar recorre-se ao hospital privado da relação. Em média esta atividade de troca ocorre duas vezes por mês.

- falta do material médico e medicamento: devido a demora na liberação de recursos financeiros para iniciar o processo licitatório; atrasos no processo licitatório ou na entrega dos fornecedores; e atendimento específico ou de urgência de um paciente, cujo medicamento não é de utilização comum. Neste caso também entra-se em contato via telefone

com o hospital público e depois com o hospital privado solicitando o empréstimo, que em média ocorre três vezes ao mês.

O Hospital F por se tratar de um hospital especializado, raramente empresta ou troca materiais médicos e medicamentos com os hospitais da Relação F1, tendo uma média de duas vezes ao ano de empréstimos.

Segundo o Hospital F, não há um grau de dependência, pois caso os hospitais não possam emprestar os materiais médicos ou medicamentos, o que é muito difícil de ocorrer, estes são comprados por dispensa de licitação, o que “ocasionaria um amontoado de papel para explicar o motivo da ocorrência ao Tribunal de Contas, que procuraria um culpado para ser crucificado”. Por exemplo, caso um fornecedor tenha atrasado a entrega de um medicamento, é necessário fazer as notificações, mandar para o fornecedor e aguardá-lo responder. Se o fornecedor não responder em tempo hábil, ou se responder que não seria possível entregar no prazo solicitado ou que não tem o medicamento em estoque entre outras, coloca essas informações na justificativa da dispensa de licitação e alega que não possui tempo suficiente para novo processo licitatório. Feito isso, o Tribunal de Contas solicita que dê uma advertência ao fornecedor, que pode vir a ter de ficar afastado de algumas licitações. O que às vezes não é recomendável, por ser um fornecedor grande, que movimenta marcas específica que outros fornecedores dificilmente possuem ou possuem ao um maior preço entre outras questões.

Neste contexto, desenvolver a Relação F1 é bastante valiosa, por obter e disponibilizar de forma rápida os medicamentos e materiais médicos para atendimento do paciente, evitar estresses na equipe administrativa e médica, pela espera do retorno dos fornecedores e transmite da documentação, gasto excessivo de tempo com registros e explicações.

Para controlar essas trocas e empréstimos de materiais médicos e medicamentos, após o contato por telefone e do aceite, o Hospital F prepara um documento em papel timbrado, duas vias, com local, data, nome do hospital da Relação F1, aos cuidados do responsável pela área (suprimentos/logística ou farmácia), descrevendo a solicitação de empréstimo ou troca, a quantidade, nome e marca do material médico ou medicamento, com observação de uma data mais provável para devolução ou que estão providenciando à compra para a reposição o mais breve possível. Ao final da página colocam campos de: data, nome e assinatura de quem retirou (funcionário Hospital F), quem autorizou (funcionário de um dos

hospitais da Relação F1) e de quem receberá a devolução (assinado somente após a devolução pelo Hospital F).

Uma via desse documento é arquivada em pastas por ordem de data pelo Hospital F, a outra fica com o hospital que realizou o empréstimo ou a troca. O responsável por controlar as datas e devoluções é o auxiliar administrativo sob a supervisão do gerente de suprimentos/logística e farmácia. O auxiliar administrativo também acompanha o motorista do Hospital F para retirada e devolução dos materiais médicos e medicamentos nos hospitais. Segundo o Hospital F, isso é um dos facilitadores para desenvolvimento do bom relacionamento, pois o contato pessoal transmite confiança e estreita o relacionamento. Outros facilitadores são visão comum e compromisso em prol ao bem estar e saúde da população, compreensão da realidade do sistema de saúde, das dificuldades e burocratização em obter materiais médicos e medicamentos por via normal de compras públicas.

O Hospital F não visualizam dificuldades nessas operações dos relacionamentos. Os benefícios citados são evitar compras emergenciais por dispensa de licitação, consequentemente maiores custos de aquisição, tempo, alocação de esforços extras da equipe com documentações e justificativas ao Tribunal de Contas. Além de disponibilizar recursos mais rápidos para atendimento do paciente, evitar perdas de insumos devido a prazo de validade, logo evita perdas financeiras e acúmulo de papéis explicando o motivo do descarte.

O Hospital F reconhece que as atividades de empréstimos e trocas de materiais médicos e medicamentos são mais favoráveis e proporcionam mais benefícios a sua instituição do que aos hospitais da Relação F1. Mas, todos os envolvidos somente compartilharam os seus recursos se nenhuma das partes for prejudicada.

5.2.7 Hospital G

O Hospital G apresentou que desenvolve relacionamentos com outros hospitais que vem a influenciar na área de logística por meio de troca e empréstimos de materiais médicos (Relação G1) e empréstimos medicamentos (Relação G2). Essas relações foram separadas por tratar de relacionamentos com hospitais distintos e de diferentes cidades.

A troca de materiais médicos ocorre em ocasiões esporádicas pelos itens ser específicos ou não padrão, devido a data de validade estar próxima ao vencimento, por outros com data de validade mais longa, sendo estes itens encaminhados a um hospital (Relação G1) que está a aproximadamente trezentos quilômetros do Hospital G, por possuir o mesmo perfil, nível de atenção, consumo mais rápido do material e longos anos de relação.

Outro caso é a solicitação de empréstimo a Relação G1 de algum material médico também específico, para utilização em um paciente. Isso ocorre se o fornecedor não conseguir entregar em tempo hábil e outros fornecedores da região também não possuir ou entregar de imediato. Esse relacionamento ocorre em média de duas a três vezes ao ano, e é realizado de maneira informal, ou seja, sem a formalização de contratos. O controle é por meio de duas vias redigidas em papel timbrado da instituição que está solicitando, com o nome do material, marca, quantidade, data do empréstimo, previsão de devolução, assinatura do responsável pela área e da pessoa que retirou o material no hospital.

O motivo dessas atividades de troca e empréstimo de materiais médicos desenvolvidos pelo Hospital G, mesmo que não documentado formalmente por meio de contratos e sendo uma via de mão única, tem o intuito de evitar perdas de materiais, danos à saúde e bem estar do paciente, e minimizar a burocracia imposta pela Lei N° 8.666/1993, sendo realizada há várias décadas sem registros de quando e como tudo se iniciou.

O Hospital G não conhece as necessidades e requisitos da área de logística do hospital da Relação G1 e vice-versa, não tendo preocupação em adaptação e flexibilidade como em uma aliança logística. Não há troca de informações estratégicas, o que compartilham são dados referentes ao material médico que precisam. A forma de contato ou troca de informação, é quando o responsável pela área de suprimentos/logística do Hospital G liga ao hospital da Relação G1 solicitando a troca ou o empréstimo do material médico.

O Hospital G acredita que caso não houvesse principalmente a troca de materiais médicos com a Relação G1, devido ao volume de alguns materiais prestes a vencer, teriam uma perda financeira considerável. O que a faz refletir certo grau de dependência, não ao ponto de prejudicar o andamento ou qualidade da prestação de serviço do Hospital G, mas uma perda que não se pode dar ao luxo perante um Sistema de Saúde Público, de forma geral, tão precário oferecido a população.

O Hospital G não visualiza dificuldades com o desenvolvimento da Relação G1. Os facilitadores são ser público, conhecerem as dificuldades em obter recursos financeiros, possuírem o mesmo tipo de unidade, nível de complexidade e compromisso em comum em prol ao bem estar e saúde da população. Os benefícios listados foram financeiros por evitarem perdas e necessidade de compras emergenciais; humanos por evitar possíveis danos à saúde e bem estar do paciente por falta do material; e burocrático por amenizar os entraves da Lei N° 8.666/1993.

Segundo o Hospital G, a estratégia em utilizar de alianças logísticas ou qualquer outra entre hospitais visando aquisição ou compartilhamento de materiais, medicamentos e equipamentos não é permitida pela Lei Nº 8.666/1993. A Lei engessa e burocratiza a otimização e o planejamento estratégico dos fluxos de materiais e informação, sendo necessário repensá-la para mudanças e adaptação a nova realidade dos hospitais públicos e sociedade. Pois, ela ocasiona vários entraves que geram despesas adicionais, por exemplo, compras emergenciais causadas por demoras nas liberações das licitações ou licitações que se arrastam por meses e meses, indo até anos (exemplo de um material que está em processo um ano até o momento, são as tiras para teste de diabetes entre outros), devido a fornecedores que solicitam esclarecimentos ou impugnam o processo licitatório dois dias antes do fechamento do mesmo, alegando inapropriações no processo. Alguns fornecedores agem de má fé por estar faltando alguma documentação de sua parte, assim ganham tempo para participar do processo licitatório. Como a Lei Nº 8.666/1993 exige que a instituição dê uma explicação ao fornecedor requisitante, o processo fica parado até tal procedimento ocorrer e for analisado.

A Relação G2 que promove os empréstimos de medicamentos ocorre com dois principais hospitais privados e raramente para a Santa Casa da cidade. O relacionamento se desenvolve há anos, não tendo registro quando e como tudo se iniciou. O critério para seleção desses hospitais e desenvolvimento de tal relação é a proximidade geográfica. O relacionamento não é formalizado por contratos ou convênios, não há um objetivo e compromisso definido de colaboração, mas trata-se de uma política de boa vizinhança, onde um ajuda o outro caso haja necessidade, em prol do bem estar e saúde do paciente, não visualizando um grau de dependência.

O Hospital G não conhece as necessidades e os requisitos da área de logística dos hospitais da Relação G2. As informações que compartilham são operacionais referentes ao medicamento que precisam, tais como marca, quantidade e possível data de devolução. Em média emprestam medicamentos quatro vezes por semana aos dois hospitais privados e três vezes ao ano com a Santa Casa.

Segundo o Hospital G raramente solicitam empréstimos aos hospitais da Relação G2, uma estimativa de duas vezes no ano, pois quando ocorre falta de algum medicamento este é adquirido de imediato por dispensa de licitação.

O processo de empréstimo sucede quando os responsáveis da farmácia dos hospitais da Relação G2 ligam solicitando a possibilidade do empréstimo, sem desenvolvimento de

planejamento, objetivos comuns e formação de equipes, sendo centralizada a autorização de liberação do empréstimo na diretoria e gerência da farmácia do Hospital G.

O controle é feito por meio duas vias redigidas em papel timbrado, com o nome do hospital, medicamento, quantidade, data do empréstimo, previsão de devolução e assinatura da diretoria ou gerência da farmácia do Hospital G (autorização), e do funcionário do hospital solicitante. Feito isso lançam em planilha do Excel, para facilitar acompanhamento dos medicamentos emprestados. Não visualizam dificuldades com o desenvolvimento dessa ação e nem benefícios a favor do Hospital G, mas ganhos aos hospitais da Relação G2 por evitar despesas com compras emergenciais, danos à saúde e bem estar do paciente, tempo menor para obtenção do medicamento se comparado a alguns fornecedores.

Os facilitadores na promoção da Relação G2 é pelo Hospital G ser uma unidade de atendimento geral, de média a alta complexidade, logo tende a possuir uma vasta lista de medicamentos disponíveis, sendo um dos primeiros a ser procurado pelos outros hospitais. Além de desenvolver a política de boa vizinhança, ter a missão de contribuir para a excelência na saúde e na melhoria da qualidade de vida da população, jamais negaria a ajuda a um paciente, conhecendo as dificuldades do sistema de saúde no país.

5.3 ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados

No site da ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados (<http://anahp.com.br/>) é possível ter acesso a informações institucionais, programas e serviços desenvolvidos, membros associados titulares, eventos promovidos, notícias entre outros dados e informações. Assim com base nas informações disponibilizadas no site e com o intuito de ampliar a compreensão sobre esta Instituição, aos quais os Hospitais B, C e D são membros, descreve-se brevemente sua história, seus processos e funções.

Há aproximadamente quinze anos atrás o sistema privado de saúde enfrentava um momento crítico, o cenário não retratava necessariamente uma crise, mas uma desorganização do setor. Sob este contexto um grupo de hospitais privados resolveu promover o 1º Fórum Nacional de Hospitais Privados, se reunindo em Brasília em maio de 2001 com o objetivo de compartilhar experiências e buscar soluções. Compareceram ao Fórum 23 hospitais, que após longas discussões chegaram à conclusão de instituir um órgão para defender os interesses e necessidades das instituições privadas. Nesse sentido, constituiu-se em setembro do mesmo ano a ANAHP, uma entidade civil, sem fins lucrativos e de âmbito nacional, representativa dos principais hospitais privados de excelência do país.

Para fazer parte da ANAHP os hospitais privados com ou sem fins lucrativos, precisam passar pelo processo de admissão, que apresenta alguns critérios: possuir melhores padrões de qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares; faturamento bruto proveniente a 60% ou mais de planos de medicina suplementar e de pacientes particulares; não é permitida a participação de entidades controladas, direta ou indiretamente por operadoras de planos de saúde.

Existem duas categorias de hospitais membros: associados titulares, que devem possuir alguma das creditações (ONA III - Organização Nacional de Acreditação; JCI - Joint Commission International; NIAHO - National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations; e Accreditation Canada), atualmente são cinquenta e quatro hospitais; e afiliados, são os que não possuem as creditações necessárias, mas se comprometem de no prazo de quatro anos, contados a partir de sua admissão, comprovarem sua certificação de qualidade, atualmente são oito hospitais.

Para planejamento e gestão da ANAHP forma-se uma equipe representativa e integrada entre os membros, baseada nos princípios de Governança Corporativa em que há uma clara definição sobre as responsabilidades entre a Assembleia Geral, o Conselho de Administração, a Diretoria Executiva e a Administração Geral, ver detalhes no Anexo A.

A ANAHP desenvolve três principais programas: 1) programa estratégico, que se divide em grupos de trabalho de relacionamento político estratégico, relacionamento institucional, suporte legal e regulatório; 2) inovação e gestão, que se dividem em grupos de trabalho de melhores práticas assistenciais, organização do corpo clínico, organização assistencial, gestão de pessoas e práticas de sustentabilidade; e 3) relações corporativas, que se dividem em grupos de trabalho de fornecedores, operadoras de planos de saúde e pacientes.

O programa de relações corporativas do grupo de trabalho de fornecedores é que interessa por ser do foco do estudo. Seu escopo busca criar parcerias de longo prazo com fornecedores, visando ganhos mútuos e agregação de valor a toda cadeia produtiva. Os participantes do grupo devem ser os responsáveis pela área de Suprimentos/Logística ou profissional que possua conhecimento e autorização para responder por assuntos do segmento.

A compra conjunta dos membros da ANAHP é realizada de quatro em quatro meses, envolve 600 itens que correspondem à curva A e B dos hospitais. Somente fornecedores qualificados pelo Grupo de Avaliação e Qualificação de Fornecedores - GAFO, podem participar do processo de cotação, por meio da plataforma Bionexo (empresa responsável pelo

portal/ferramenta). Os membros interessados na compra conjunta são cadastrados na plataforma Bionexo, os responsáveis pela área de suprimentos recebem login, senha de acesso, cronograma da compra conjunta e informações sobre as etapas de todo o processo. Na plataforma Bionexo, na área destinada a ANAHP, devem identificar e informar os itens de interesse, sua previsão de consumo para os quatro meses e preço de aquisição da última compra. Essas informações são compiladas pela ferramenta da Bionexo, ou seja, reúne as necessidades de todos os membros cadastrados, e os fornecedores passam a cotação, a ser analisadas primeiramente pela equipe da ANAHP (uma farmacêutica e dois auxiliares administrativos), depois pelos responsáveis da área de suprimentos e farmácia de cada hospital membro, em reunião final de negociação.

Os benefícios obtidos são redução dos custos de aquisição, promovidos pela negociação de grande escala, fortalece a representatividade dos membros da ANAHP frente aos fornecedores, gerando um relacionamento de longo prazo, contribui para a segurança e qualidade assistencial dos pacientes, pelos itens serem de fornecedores qualificados e confiáveis; incentiva as melhores práticas em gestão de suprimentos entre os hospitais membros. Além de promover eventos para troca de informações, conhecimento e capacitações, publicar anualmente uma revista com indicadores, notícias e conquistas da ANAHP entre outros serviços.

5.4 Análise dos dados e resultados do estudo de casos múltiplos

A análise dos dados e resultados do estudo de casos múltiplos baseiam-se na comparação com os quadros referenciais teóricos de sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios, dificuldades (seção 3.4) e abordagens de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais (seção 3.5). Além da análise dos processos e práticas comuns entre os hospitais pesquisados, para identificação de contribuições aos quadros de referenciais teóricos sistematizados.

5.4.1 Características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades das alianças logísticas do estudo de casos múltiplos

O Quadro 26 reúne as catorze características integradas na sistematização do Quadro 17 de aliança logística e aliança logística entre hospitais, para comparar e analisar as características listadas pelos casos estudados. Os sete hospitais pesquisados são agrupados pelo foco de atendimento: Privado (lista JCI) - Hospitais A, B, C e D; Públicos (lista Provão SUS) - Hospitais E, F e G. Sendo subdivididos nas principais relações desenvolvidas com

outros hospitais, que influenciam a área de logística, representados respectivamente pelas relações: A1, A2; B1, B2; C1, C2; D1, D2; E1; F1; G1 e G2.

Para melhor identificar as características das relações que os hospitais pesquisados desenvolvem com outros, foi criado a legenda:

- **D** - Declarada: quando a característica apresenta-se de forma declarada na relação, por meio de contratos ou verbalmente pelos membros, tendo como comprovar;
- **I** - Identificada: quando a característica não é declarada na relação, mas é reconhecida por meio das argumentações, valores e atitudes dos membros.
- **O** - Operacional; **T** - Tática; **E** - Estratégica: utiliza-se para analisar a característica número 5 - compartilhamento de informações que influenciem o desempenho do sistema logístico. O intuito é ampliar o conhecimento do nível de informações compartilhadas e seus impactos na relação;
- **F** - Formal; **In** - Informal; **P** - Procedimento informal, mas documentado: utiliza-se para ampliar o conhecimento da característica número 6 - arranjo flexível, sendo analisado se a relação é: formal por meio de contratos; informal por meio de acordos verbais sem nenhuma documentação; ou procedimento informal, acordo verbal e documentado por meio de declarações ou registros de controle;
- **B** - Baixo; **M** - Médio; **A** - Alta: utiliza-se para ampliar o conhecimento da característica número 11 - grau de dependência se é baixa, média ou alta na relação;
- **C** - Compra conjunta; **E** - Empréstimos, trocas e consignações: refere-se a característica número 12 - atividades logísticas comuns de partilha (qualquer atividade que influencie o fluxo logístico).

Antes de analisar as características de alianças logísticas apresentadas pelo estudo de casos múltiplos, vale retomar e refletir os conceitos de aliança logística e aliança logística entre hospitais adotados no trabalho:

- aliança logística é um conjunto especial de organizações, onde os membros se beneficiam da sinergia associada ao trabalho mútuo. Para tanto, planejam objetivos comuns para desenvolver processos logísticos em parceria e de forma harmoniosa com a área de operação, e assim obter fluxos de materiais e informações ágeis e flexíveis (BOWERSOX, 1990);

- alianças logística entre hospitais: é a união entre hospitais com objetivos comuns de aumentar a qualidade e eficiência dos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pacientes, em outras palavras, melhorar o nível de desempenho dos serviços prestados (PAN; POKHAREL, 2007).

Pode-se inferir que aliança logística entre hospitais possui objetivos ou interesses comuns, de melhorar ou obter eficiência nos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pessoas, quanto à qualidade, custos, agilidade e flexibilidade (lugar, tempo e quantidade), para atender e agregar valor a sua atividade central que é o bem estar e saúde do paciente.

Neste contexto, ao analisar de forma holística as Relações A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2, E1, F1, G1 e G2 no Quadro 26, pode-se considerar que os hospitais pesquisados desenvolvem alianças logísticas com suas peculiaridades, mas visando sempre de forma direta e indireta o bom desempenho dos fluxos de materiais, medicamentos e informações, consequentemente, o bom atendimento ao paciente.

Foco de atendimento		Privado								Público			
Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
Relações com outros hospitais		A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	D 1	D 2	E 1	F 1	G 1	G 2
Características de alianças logísticas entre hospitais	1) Relação de cooperação ganha-ganha	I	D	I	D	I	D	I	D	I	I	I	I
	2) Relação de longo prazo (> 2 anos)	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	3) Definição de objetivos comuns	I	D/ F	I	D/ F	I	D/ F	I	D/ F	I	I	I	I
	4) Partilha de recursos tangíveis e intangíveis	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	5) Compartilhamento de informações que influencie o desempenho do sistema logístico	D/ O	D/ T	D/ O	D/ T	D/ O	D/ T	D/ O	D/ T	D/ O	D/ O	D/ O	D/ O
	6) Arranjo flexível	D/ P	D/ F	D/ P	D/ F	D/ P	D/ F	D/ P	D/ F	D/ P	D/ P	D/ P	D/ P
	7) Obtenção de resultados competitivos (não obrigatória)	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	8) Planejamento e operação integrado da aliança logística (não obrigatória)	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	9) Monitoramento e controle integrado da aliança logística (não obrigatório)	--	D	--	D	--	D	--	D	--	--	--	--
	10) Relação de confiança	I	--	I	--	I	--	I	--	I	I	I	I
	11) Grau de dependência (Baixa, Média e Alta)	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B	D/ B
	12) Atividades logísticas comuns de partilha: qualquer atividade que influencie o fluxo logístico.	D/ E	D/ C	D/ E	D/ C	D/ E	D/ C	D/ E	D/ C	D/ E	D/ E	D/ E	D/ E
	13) Conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado (não obrigatória)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	14) Seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos	I	D	I	D	I	D	I	D	I	I	I	I

Quadro 26: Comparação das características de alianças logísticas sistematizadas com as dos estudos de caso

Fonte: Elaborado pela autora

Para detalhar as características das alianças logísticas pesquisadas, observa-se que analisar por foco de atendimento privado e público, ou ainda por atividades logísticas comuns de partilha, as tornam mais homogêneas.

Neste sentido, os hospitais com foco de atendimento privado, das catorze características de aliança logística listadas foram assinaladas doze, dessas prevalecem as características ‘Declaradas’ em quase todas as oito alianças logísticas, que são: relação de cooperação ganha-ganha (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2); relação de longo prazo (Alianças logísticas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2); definição formal de objetivo comuns (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2); partilha de recursos tangíveis e intangíveis (Alianças logísticas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2); compartilhamento de informações que influencie o desempenho do sistema logístico – operacionais (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1) e táticas (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2); arranjo flexível formal (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2) e procedimento informal documentado (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1); monitoramento e controle integrado da aliança logística (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2); grau de dependência baixa (Alianças logísticas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2); atividades logísticas comuns de partilha – negociações/compras conjunta (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2), e empréstimos de materiais/medicamentos (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1); e seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2).

Já as características de alianças logísticas ‘Identificadas’ são: relação de cooperação ganha-ganha (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1); definição de objetivos comuns (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1); obtenção de resultados competitivos e planejamento e operação integrado da aliança logística (Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2); relação de confiança (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1); e seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos (Alianças logísticas A1, B1, C1 e D1).

Os hospitais com foco de atendimento público, das catorze características de aliança logística listadas foram assinaladas dez, dessas 60% são vista como ‘Declaradas’ (relação de longo prazo; partilha de recursos tangíveis e intangíveis; compartilhamento de informações para o bom desempenho do sistema logístico – operacionais; arranjo flexível; grau de dependência baixa; e atividades logísticas comuns de partilha – empréstimos/trocas de materiais médicos e medicamentos), e 40% como ‘Identificadas’ (relação de cooperação ganha-ganha; definição de objetivos comuns; relação de confiança; e seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos).

Quando se recorta para análise do ponto de vista de atividades logísticas comuns de partilha, observa que não há variações das características de aliança logística nas relações A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2, para a atividade de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos. Independente do foco de atendimento ser privado ou público foram assinaladas igualmente dez características da aliança logística entre hospitais, sendo seis abordadas como ‘Declaradas’ e quatro como ‘Identificadas’.

Na atividade logística comum de partilha de negociações e compras conjunta, somente os Hospitais A, B, C e D, de foco de atendimento privado, compartilham tal atividade nas Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2. As características de alianças logísticas assinadas são as mesmas, sendo dez ‘Declaradas’ e uma ‘Identificada’.

Os Hospitais E, F e G precisam seguir a Lei Nº 8.666/1993, que institui normas para licitações e contratos da administração pública. Segundo esses hospitais a lei engessa e burocratiza alguns procedimentos e estratégias de gestão, que poderiam gerar melhores desempenhos ao sistema de saúde público, sendo necessário ser revista e adaptada ao contexto atual.

Percebe-se que sob o ponto de vista de atividades logísticas comuns de partilha, fica fácil agrupar os relacionamentos dos estudos de caso devido à semelhança das características da aliança logística, e assim detalhar a análise de cada uma. Nesse sentido, pode agrupar as alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, G1 e G2, que apresentam a atividade de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, para discutir suas características, que são:

- relação de cooperação ganha-ganha: essa característica é considerada como ‘Identificada’ em todas as relações, pois apesar dos respondentes dos hospitais não a reconhecerem declaradamente, esses relacionamentos possuem valores, atitudes e promessas mútuas de retribuições e trocas, para obtenção de melhor e mais ágil atendimento ao paciente. Apesar de não ter documentação e acordo verbal, há um compromisso recíproco de ajuda quando necessário e que não cause prejuízo para as partes, e sim beneficie sua atividade ou objetivo principal, o atendimento ao bem estar e saúde do paciente;
- relação de logo prazo: é reconhecida de forma ‘Declarada’, os membros desenvolvem as alianças logísticas há anos;
- definição de objetivos comuns: os respondentes disseram que não desenvolvem objetivos comuns para manter essa aliança logística, mas este está definido intrinsecamente na

relação, está 'Identificado', pois quando os hospitais se unem por interesses comuns, o bem estar e saúde do paciente, há um objetivo sendo seguido. No caso do empréstimo de materiais médicos e medicamentos, há um acordo ou uma política de boa vizinhança já definida;

- partilha de recursos tangíveis e intangíveis: é declarado que todos os membros se relacionam para emprestar, trocar ou consignar algum material médico ou medicamento, que consequentemente influenciará no desempenho dos fluxos de materiais e informações;

- compartilhamento de informações que influencie o desempenho do sistema logístico: os hospitais partilham informações operacionais referente a descrição do insumo, marca, quantidade, lote e possível data de devolução. Essas informações são o suficiente para influenciar no desempenho desta atividade de empréstimo, troca e consignação;

- arranjos flexíveis: para desenvolvimento dessas alianças logísticas, não há contratos formais, mas acordos informais com procedimentos preestabelecidos, determinados funcionários responsáveis para liberar e controlar, declarações a serem preenchidas, para controle do que foi emprestado, trocado ou consignado, e para qual hospital. Sendo assim, há obrigações e compromissos a serem cumpridos, além de grau de formalização da relação com regras básicas e procedimentos a conduzir a boa relação entre os membros;

- relação de confiança: essa característica é vista como 'Identificada', pois os hospitais realizam empréstimos, trocas e consignações, por meio de documentos sem valor fiscal e jurídico. As declarações como os mesmo atestam são somente para controle do estoque (entrada e saída). Segundo Bowersox (1990) e Moore (1998), quando há apoio mútuo baseado na reputação, sem contratos formais, envolvendo relação de longo prazo na busca de resultados comuns, existe confiança. Neste contexto, pode-se inferir que há confiança na aliança logística entre os hospitais pesquisados;

- grau de dependência baixa: é reconhecido declaradamente pelos membros que o grau de dependência é baixo, o fim da relação com um dos aliados ou até com todos, não causaria danos ou a paralização das suas operações. Talvez aumentasse custos, prazos de estoque, armazenagem e compras com os fornecedores, mas nada que afetasse seu desempenho;

- atividades logísticas comuns de partilha: a atividade de empréstimos, trocas e consignações, influência as atividades de gestão de estoque, movimentação e manuseio de materiais e compras, sendo reconhecida de forma declarada pelos membros como uma atividade comum entre os membros;

- seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competência e recursos: os hospitais pesquisados disseram não desenvolver critérios para selecionar um aliado. Mas, quando analisam se o hospital é geral, de alta complexidade, localização geográfica e indiretamente se é conhecido (reputação), estão utilizando critérios de competência e disponibilidade de recursos. Assim, esta característica é vista como ‘Identificada’, por estar exposta por meio de argumentações e atitudes dos hospitais.

Na atividade logística comum de partilha de negociações e compras conjunta, pode agrupar as alianças logísticas A2, B2, C2 e D2. As características de alianças logísticas listadas pelas mesmas são: relação de cooperação ganha-ganha, determinado por meio de contrato formal; relação de longo prazo, sendo validado anualmente; definição de objetivos comuns, definido formalmente no contrato; partilha de recursos intangíveis, que é o poder de negociação em grande escala; compartilhamento de informações táticas para o bom desempenho do sistema logístico - vista como tática por partilhar informações de insumos, quantidades e último preço pago, em um escopo médio de tempo, como meio de ganhar negociações por escala, e assim alcançar resultados favoráveis, sendo realizadas pelos responsáveis da área de suprimentos/farmácia; arranjo flexível formalizado no contrato pela ANAHP; obtenção de resultados competitivos, identificada por serem hospitais com foco no atendimento privado; planejamento e operação integrado da aliança logística - ‘Identificadas’, por apesar de não planejar de forma conjunta a previsão de demanda de insumos ou a área de suprimentos e farmácia, possuem uma estrutura organizacional de gestão conjunta referente a preços, prazos e qualidade; monitoramento e controle integrado da aliança logística, a plataforma Bionexo disponibiliza históricos agregados de compras, valores, fornecedores etc.; grau de dependência baixa, pois os membros podem comprar direto do fornecedor se conseguir um preço melhor ou devido algum atraso da liberação da compra em conjunta; atividade logística comum de partilha - negociação e compra conjunta; seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos, estipulados pela ANAHP.

Os estudos de caso corroboram que as características das alianças logísticas entre hospitais não possuem um padrão adequado para a obtenção do sucesso da relação. Há parâmetros ou características que os orientem a seguir e a desenvolver este caminho de bons resultados, como por exemplo: criar uma relação de cooperação ganha-ganha, pela qual um ajuda o outro a obter desempenhos positivos e compartilhados, por meio de objetivos comuns definidos e claros formalmente ou informalmente, mas desde que os parceiros saibam e os persigam. A troca de informações que impulse a aliança logística a operacionalizar e

controlar seus processos são fundamentais, independente do nível ser operacional, tático ou estratégico, desde que sejam as mesmas para todos os membros envolvidos.

Observa-se que o arranjo organizacional da aliança logística vai depender do motivo de atuação, pois se envolve grandes negociações e recursos financeiros, como a compra conjunta, é necessário um nível maior de estruturação, determinação de procedimentos e normas, para evitar oportunismos. Mas, quando envolve processos que tem de ser rápidos e que não causam impactos bruscos nas operações logísticas ou financeiramente, como o empréstimo e trocas de materiais médicos e medicamentos, esse arranjo pode ser mais flexível, com o estabelecimento de procedimentos básicos de gestão e controle.

Neste contexto de motivação para desenvolvimento da aliança logística entre hospitais, vale analisar os que impulsionaram a formação de tais relações nos estudos de caso. O Quadro 27 aborda os treze motivos integrados na sistematização do Quadro 18, de aliança logística e aliança logística entre hospitais, para comparar e analisar com os motivos apresentados pelos casos estudados.

Foco de atendimento		Privado								Público			
Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
Alianças logísticas com outros hospitais		A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	D 1	D 2	E 1	F 1	G 1	G 2
Motivos de aliança logística entre hospitais	1) Desenvolver ou obter tecnologias e inovações	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	2) Acessar ou ampliar novos mercados de prestação de serviços	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	3) Reduzir incertezas do ambiente	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	4) Obter e compartilhar competências e habilidades	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	5) Obter recursos complementares ou específicos	D	--	D	--	D	--	D	--	D	D	D	D
	6) Obter conhecimento e aprendizagem	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	7) Agregar valor e maior qualidade aos serviços prestados	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	8) Dependência de recursos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	9) Reduzir custos	I	D	I	D	I	D	I	D	I	I	I	I
	10) Compartilhar influência da marca ou reputação do hospital	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	11) Obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas	I	D	I	D	I	D	I	D	I	I	I	I
	12) Criar novos serviços ou oferecer serviços clínicos completos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	13) Superar barreiras econômicas e políticas governamentais/legais	--	I	--	I	--	I	--	I	D	D	D	D
Contribuir com a saúde e bem estar do paciente (citado nos estudos de caso)		D	--	--	--	--	--	--	--	D	D	D	D
Evitar perda de materiais médicos e medicamentos (citado nos estudos de caso)		--	--	D	--	D	--	--	--	D	D	D	D

Quadro 27: Comparação dos motivos sistematizados de aliança logística com os dos estudos de caso

Legenda: D - Declarado; I - Identificado

Fonte: Elaborado pela autora

A disposição do Quadro 27 mantém a mesma do Quadro 26, a legenda se restringe a **D** ‘Declarado’, quando o motivo for reconhecido claramente pelo hospital, e **I** ‘Identificado’, quando é reconhecido por meio de argumentações, valores, atitudes do hospital.

Dos treze motivos sistematizados de aliança logística entre hospitais, os casos estudados mencionaram declaradamente bem menos motivos, do que realmente podem estar ocultos e ser considerados para desenvolvimento de tais relações. Os Hospitais A, B, C e D, respectivamente alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, com foco no atendimento privado, que utilizam da atividade de negociações e compras conjunta, apresentaram declaradamente somente dois motivos: reduzir custos e obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas. Mas, podem ser ‘Identificados’ mais cinco motivos, que são:

- reduzir incertezas do ambiente: a realização de compras conjuntas possibilita minimizar variações de mercado quanto a preços, prazos, quantidades e qualidade, por possuir poder de negociação em grande escala, sem falar que os casos pesquisados fazem parte de um grupo de hospitais de excelência, o que chama mais a atenção entre os fornecedores de alta qualidade, em querer fazer parte deste grupo e ganhar nas cotações e prestação de serviço. Segundo Heimeriks e Duysters (2007), e Sluyts *et al.* (2011), em ambientes complexos e instáveis como o hospitalar, unir forças por meio de alianças ou outros relacionamentos cooperativos e colaborativos, para agregação de valor e obtenção de vantagens competitivas estão sendo bastante utilizadas. Logo, pode ser considerado como um motivo ‘Identificado’ dessas alianças logísticas entre os hospitais estudados.

- obter conhecimento e aprendizagem: são disponibilizados aos Hospitais A, B, C e D, capacitações na área de logística hospitalar, informativos de índice de desempenhos e promoção de eventos anuais, com palestras, *workshops*, minicursos, exposições de equipamentos, materiais médicos etc. Isto é uma forma de obter conhecimento e aprendizagem do setor que atuam, trocar e debater experiências, realizar *benchmarking*. Por mais que os hospitais não visualizem como um o motivo e sim uma oportunidade, que muitas vezes é mais recompensador que a compra conjunta, ‘Identifica-se’ que pode ser visto como um motivo secundário e relevante para o desempenho e gestão do hospital.

- agregar valor e mais qualidade aos serviços prestados: este motivo pode ser ‘Identificado’, pois se os hospitais estão visando ganhar em negociações, em aumentar a quantidade e flexibilidade de entregas, logo reduzir o estoque e ter a garantia de qualidade; a

aliança logística está agregando valor aos seus processos logísticos, consequentemente é repassado a prestação de serviço.

- compartilhar influência da marca ou reputação do hospital: a união de hospitais de excelência (reputação) reflete no poder de negociação dos membros frente aos fornecedores, que segundo os hospitais é um ponto positivo. Quando questionado se há outras alianças semelhantes e se mudariam, disseram que não, pois a que estão (Hospital A - Rede seleta de hospitais privados; Hospitais B, C e D – ANAHP), possuem reconhecimento no mercado. ‘Identifica-se’ como um motivo para fazer parte dessa aliança logística entre hospitais.

- superar barreiras econômicas e políticas governamentais: as negociações e compra conjunta permitem os hospitais superar barreiras financeiras (melhores preços ou redução de custos, tarifas de importações), materiais (qualidade, flexibilidade de quantidade e prazo, barreiras alfandegárias), humanas (reduz o número de funcionários para realizar cotações e verificar certificados de qualidade) e políticas governamentais. A união dos membros gera um grande poder de negociação e impacto no ambiente que estão inseridos. ‘Identifica-se’ que pode ser visto como um motivo indireto para a aliança logística entre os hospitais pesquisados.

As alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2, que utilizam da atividade de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, apresentaram como motivo ‘Declarados’, obter recursos específicos, devido às faltas de insumos para atender determinada situação, ocasionados por atrasos de fornecedores, itens não padrão do dia a dia do hospital e demanda pontual. Os Hospitais F e G também declararam superar barreiras econômicas e políticas governamentais/legislativa. Os Hospitais A, E, F e G, acrescentaram como outro motivo (não consta na literatura pesquisada), contribuir com a saúde e bem estar do paciente. Os Hospitais B, C, E, F e G destacam como outro motivo (não consta na literatura pesquisada), evitar a perda de materiais médicos e medicamentos devido a prazo de validade ou baixo consumo, consequentemente, perda financeira e para a população.

Os Hospitais E, F e G apresentam que não se podem perder materiais e medicamentos, frente uma infraestrutura de suprimentos carente de recursos financeiros e materiais, tendo uma fila de pacientes para ser atendidos. Esse motivador de evitar perdas de materiais médicos e medicamentos ocorre devido a vários entraves ocasionados pela Lei N° 8.666/1993 e pela política de disponibilização/destinação de verbas, que não podem ser

modificadas para adaptar a mudança de demanda. Por exemplo, adquirem grandes lotes de determinado insumo porque veio verba para aquela compra ou devido a atrasos de entrega do fornecedor que ganhou a licitação. Independente do caso é necessário rever estes entraves legislativos e políticos, em prol de um melhor sistema de saúde público à população.

Nas alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2, podem ser ‘Identificados’ três motivos ocultos: 1) agregar valor de tempo aos serviços prestados, os hospitais relatam que solicitar empréstimos e trocas são processos mais rápidos e menos burocráticos; 2) reduzir custos, quando compra do fornecedor solicitando urgência na entrega os preços dos insumos tendem a ser maior, perde-se em poder de negociação; 3) obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas, os materiais médicos e medicamentos são obtidos rapidamente e na quantidade necessária, sem demandar processos morosos de negociações e estresse da equipe.

Os motivos apresentados pelas alianças logísticas nos estudos de casos corroboram a argumentação de Dodourova (2009) e Lowensberg (2010), que a motivação para fazer parte de uma aliança estratégica com foco direto ou indireto na área de logística ou qualquer outra área, não está ligada puramente a fatores financeiros e estratégicos. Os motivos são multifacetados e de natureza complexa, podendo ser com foco tático e operacional com variadas formas de prioridades, o que os tornam mais difíceis de serem identificados e comparados.

As alianças logísticas pesquisadas possuem foco na área de suprimentos médicos e farmácia, motivadas de forma geral a otimizar e obter ganhos no fluxo logístico de materiais e informações quanto a custo, quantidade, tempo, lugar e qualidade, por meio das atividades de partilha de negociações/compra conjunta e empréstimos, trocas e consignações, que influenciam em variados graus o nível de desempenho na prestação de serviço e pronto atendimento, conseqüentemente, o bem estar e saúde do paciente.

Os facilitadores citados pelos estudos de caso para as motivações desenvolverem as alianças logísticas entre os hospitais e assim obterem maior êxito são apresentados no Quadro 28, comparando-se com os treze facilitadores integrados na sistematização do Quadro 19.

Foco de atendimento		Privado								Público			
Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
Alianças logísticas com outros hospitais		A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	D 1	D 2	E 1	F 1	G 1	G 2
Facilitadores de aliança logística entre hospitais	1) Sistema de informação e comunicação eficiente	--	D	--	D	--	D	--	D	--	--	--	--
	2) Confiança	D	--	D	--	D	--	D	--	D	D	D	D
	3) Compartilhar informações operacionais a estratégicas	I/O/T	D/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	I/O/T	--	I/O
	4) Mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados	--	D	--	D	--	D	--	D	--	--	--	--
	5) Apoio da alta administração	--	D	--	D	--	D	--	D	--	--	--	--
	6) Compatibilidade com o aliado	D	--	D	--	D	--	D	--	--	--	D	--
	7) Organização mediadora	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	8) Trabalho em equipe	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	9) Objetivos comuns definidos e declarados	I	D	I	D	I	D	D	D	I	D	D	D
	10) História de trabalho em conjunto e boa reputação	I	--	D	--	D	--	D	--	I	I	I	I
	11) Política de incentivo do governo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	12) Conhecer a região que cada membro está inserido	--	--	--	--	I	--	--	--	I	I	I	I
	13) Eventos anuais para integrar e desenvolver melhoria contínua	--	--	--	I	--	I	--	D	--	--	--	--
Proximidade geográfica (citado nos estudos de caso)		D	--	D	--	D	--	D	--	D	D	--	D

Quadro 28: Comparação dos facilitadores sistematizados da aliança logística com os estudos de caso

Legenda: D - Declarado; I - Identificado; O - Operacional; T - Tática

Fonte: Elaborado pela autora

Ao analisar os facilitadores dos estudos de caso por partilha de atividades comuns nas alianças logísticas, verifica-se que a atividade de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos possuem perfis semelhantes. Os facilitadores citados pelas alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2 são:

- confiança - 'Declarado', por desenvolverem e cultivarem há anos uma política de boa vizinhança, de compromisso e reciprocidade, sem a necessidade de contratos formais e procedimentos morosos;
- compartilhar informações operacionais a estratégicas: 'Identificado' - nas alianças logísticas dos estudos de caso há mais trocas de informações operacionais, para executar e controlar as operações de empréstimos. Mas, também trocam informações táticas (ressalva as Aliança logística G1, que somente solicita empréstimos; e Aliança logística G2, que somente emprestam medicamentos, não trocam e nem consignam), quando os responsáveis pelas áreas de suprimentos e farmácias compartilham e negociam por consignação ou trocas, para médio prazo, lotes de materiais médicos e medicamentos, que estão com baixo consumo no hospital ou devido a prazo de validade, estão partilhando e realizando planos táticos na busca pela otimização da área e de resultados. Percebe-se que

nessas atividades não apresenta fundamental a partilha de informações estratégicas, as informações para operacionalização e controle são o suficiente para influenciar no fluxo logístico;

- compatibilidade com o aliado: ‘Declarado’, por possuírem o mesmo tipo de unidade geral e nível de complexidade alta, logo, maior disponibilidade e giro de estoque. Com ressalva às alianças logísticas E1, F1 e G2, que mantem relações diferentes e diversificadas com hospitais de tipo de unidade (geral e específica), nível de complexidade (média e alta) e foco de atendimento (privado e público);

- objetivos comuns definidos e declarados: ‘Identificado’ - as alianças logísticas A1, B1, C1 e E1 argumentam desenvolver tal relação devido a política de boa vizinhança e interesses comuns em prol à saúde e ao bem estar do paciente. Apesar de não estar declarados a visão e código de ética de priorizar a saúde do paciente, é compartilhado e seguido pelos hospitais pesquisados. Logo, possuem intrinsecamente objetivos comuns definidos e declarados. As alianças logísticas D1, F1, G1 e G2 acreditam de forma ‘Declarada’, que um dos facilitadores para o bom relacionamento é possuírem altruísmo comum em prol ao bem estar e saúde do paciente, independente de onde esteja sendo atendido;

- história de trabalho em conjunto e boa reputação: ‘Identificado’ - apesar das alianças logísticas A1, E1, F1, G1 e G2, não visualizarem este ponto como um facilitador, identifica-se que trabalhar há anos com um hospital conhecido e de boa reputação no mercado, facilita dar continuidade e querer manter tal relação. As alianças logísticas B1, C1 e D1 acreditam de forma ‘Declarada’, ser um facilitador a história que desenvolvem há anos de trabalho em conjunto e a boa reputação que possuem os membros;

- conhecer a região que cada membro está inserido - aqui será adaptado a conhecer o mercado e o contexto que o membro está inserido: ‘Identificado’ - as alianças logísticas C1, E1, F1, G1 e G2 apresentaram como facilitador compreender a realidade e complexidade da área hospitalar. Os Hospitais E, F e G, de foco de atendimento público, salientam a dificuldade da área de suprimentos e farmácias em planejar, obter recursos financeiros e executar o processo de compras públicas. Assim, por vivenciarem essa realidade têm disposição ou um sentimento benévolo em compartilhar com o próximo;

- proximidade geográfica (não consta na literatura pesquisada): ‘Declarado’ pelas alianças logísticas como um facilitador fundamental na promoção de agilidade e

flexibilidade das atividades de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos.

As alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, que utilizam da partilha de atividades de negociação e compra conjunta, sendo os hospitais com foco no atendimento privado, possuem perfis semelhantes e destacam para seu bom desenvolvimento os facilitadores:

- sistema de informação e comunicação eficiente: ‘Declarado’ - os hospitais abordam que o software disponibilizado de compra conjunta e os procedimentos predefinidos no contrato (informações e dados a ser compartilhados, prazos definidos para alimentar o sistema e das reuniões) facilitam a comunicação, evita mal entendimentos e conflitos;
- compartilhar informações operacionais a estratégicas: ‘Declarado’ pela Aliança logística A2, que apresenta trocar informações operacionais para executar o processo de negociação e compra conjunta (nome do insumo, marca, quantidade e preços), e táticas quando busca obter otimização da área de suprimentos e farmácia por meio de negociações maiores de médio prazo (quadrimestral e semestral), disponibilizando informações (sistema e reuniões) que facilitem esse procedimento conjunto. Logo, se os mesmos processos são desenvolvidos pelas Alianças logísticas B2, C2 e D2, ‘Identifica-se’ como um facilitador oculto. Vale lembrar, que informações estratégicas foram trocadas quando a diretoria e superintendência decidiram fazer parte da rede de hospitais privados (Aliança logística A2) ou da ANAHP (Alianças logísticas B2, C2 e D2), sendo atualizadas em eventos anuais para análise de desempenho da relação/união;
- mecanismos de estrutura e governança bem definidos e declarados: ‘Declarado’ - os Hospitais A, B, C e D acreditam que ter formalizado procedimentos, uma estrutura e uma equipe de execução do processo de compras conjunta e profissionais responsáveis de cada membro à participar da reunião de fechamento da negociação, facilita o bom desempenho da aliança logística e evita oportunismos;
- apoio da alta administração: ‘Declarado’ - a decisão e o apoio da superintendência e diretoria em participar de alianças logísticas, para a promoção de ganhos em uma área complexa e dinâmica como a de suprimentos e farmácia, é de suma relevância para seu bom desempenho;
- organização mediadora: ‘Identificado’ - ter uma instituição sem fins lucrativos (Rede de hospitais privados e ANAHP), que represente os hospitais privados de excelência, identifica-se que evita oportunismos, minimiza os conflitos e define objetivos comuns, por

existir uma equipe representativa e integrada entre os membros, com definições de responsabilidades para estudar e planejar ganhos aos parceiros;

- objetivos comuns definidos e declarados: ‘Declarado’ - os hospitais abordam que ter os objetivos comuns definidos e declarados formalmente (contratos Rede hospitalares privados e ANAHP) facilita o desenvolvimento das alianças logísticas;
- eventos anuais para integrar e desenvolver melhoria contínua: ‘Declarado’ - o Hospital D acredita que um dos facilitadores para o bom desempenho da Aliança logística D2, é o desenvolvimento de eventos anuais, que promovem o encontro de todos os membros, há apresentação de palestras, *workshops* e publicações anuais de desempenho de várias áreas do setor hospitalar e da ANAHP. Nesses eventos a possibilidade de trocar experiências e discutir melhorias aos membros. ‘Identifica-se’ que esse pode ser um facilitador oculto as Alianças logísticas B2 e C2.

Os facilitadores de alianças logísticas apresentados de forma ‘Declarada’ ou ‘Identificada’ pelos estudos de caso vão de encontro aos sistematizados no Quadro 19 entre aliança logística e aliança logística entre hospitais, com pequenas particularidades, como a de acrescentar a proximidade geográfica e não assinalar em nenhuma das relações o trabalho em equipe e política de incentivo do governo.

Os benefícios obtidos com o desenvolvimento das alianças logísticas nos estudos de caso são apresentados no Quadro 29, que está organizado nos quinze benefícios integrados na sistematização do Quadro 20, para comparação e análise junto à literatura.

Os benefícios apresentados no Quadro 29, pelos estudos de caso, podem ser analisados por partilha de atividades comuns nas alianças logísticas, pois observa bastantes semelhanças. Assim, os benefícios abordados com a atividade de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos nas alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2 são:

Foco de atendimento		Privado								Público			
Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
Alianças logísticas com outros hospitais		A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	D 1	D 2	E 1	F 1	G 1	G 2
Benefícios de aliança logística entre hospitais	1) Benefícios financeiros	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	2) Expansão de cobertura e pacote de prestação de serviço no mercado	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	3) Agregação de valor e melhoria no nível de desempenho do serviço prestado	D	I	D	I	D	I	D	I	D	D	D	I
	4) Acesso e partilha de tecnologias modernas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	5) Obtenção da eficiência e eficácia das variáveis da missão da logística	D	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	I
	6) Partilha de riscos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	7) Flexibilidade para desenvolver serviços e produtos diferentes/ inovadores	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	8) Partilha de competências e habilidades	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	9) Partilha e obtenção de conhecimento e aprendizagem	--	I	--	D	--	D	--	D	--	--	--	--
	10) Partilha de recursos tangíveis e intangíveis	D	I	D	I	D	I	D	I	D	D	--	D
	11) Eliminação de serviços e operações duplicadas	--	D	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	12) Desenvolvimento do sistema de saúde da comunidade	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	13) Melhora o <i>status</i> /imagem	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	14) Independência organizacional	--	I	--	I	--	I	--	I	--	--	--	--
	15) Redução de barreiras comerciais e legais	--	I	--	I	--	I	--	I	I	I	I	I

Quadro 29: Comparação dos benefícios sistematizados de aliança logística com os dos estudos de caso

Legenda: D - Declarado; I - Identificado

Fonte: Elaborado pela autora

- benefícios financeiros: ‘Declarado’ - os benefícios financeiros vão desde redução de custo de negociação e transação (evita compras emergenciais a preços inflacionados e esforços da equipe de compra em cotações), custo com tempo de espera (a obtenção do insumo é mais rápida que se pedisse no fornecedor), custo de estoque e armazenagem (consignação de insumos que estavam parados a outro hospital com maior demanda; perda de estoque devido a vencimento do prazo; ganhos de espaços nas farmácias que estavam sendo ocupados por insumos de baixa demanda), até ganhos de pronto atendimento ao paciente;

- agregação de valor e melhoria no nível de desempenho: ‘Declarado’ - os hospitais pesquisados acreditam que a atividade de empréstimos e trocas de materiais médicos e medicamentos possibilita um processo mais rápido e flexível dos insumos que precisam de imediato, logo favorece o pronto atendimento ao paciente, seu bem estar e saúde, consequentemente qualidade do nível de desempenho de seus processos. Na aliança logística G2, o Hospital G não visualiza tal benefício com o desenvolvimento do relacionamento, por argumentar que mais empresta do que solicita insumos. Mas, ‘Identifica’, que por menor que seja a frequência existem ganhos de desempenho com a relação;

- obtenção da eficiência e eficácia das variáveis da missão da logística (quantidade, lugar, tempo, qualidade e custo): ‘Declarado’ - os hospitais pesquisados argumentam que conseguem obter mais rápido, na quantidade que precisam e sem pagar preços inflacionados dos fornecedores, pois trata de um empréstimo que será devolvido na mesma quantidade e qualidade. Com ressalva ao Hospital G, referente à Aliança logística G2, mas ‘Identifica’ que o benefício é obtido talvez em menor grau, devido à frequência do relacionamento ser mais de empréstimo do que de solicitação;

- partilha de recursos tangíveis e intangíveis: ‘Declarado’ - nas alianças logísticas estudadas há partilha de recursos tangíveis, que são os materiais médicos e medicamentos, um membro ajuda o outro por meio de empréstimos, trocas e consignações. Na Aliança logística G1, não existe uma partilha dos materiais médicos, sendo uma via única que beneficia o Hospital G, que somente solicita trocas por lotes com datas mais recentes e empréstimos. O inverso não é realizado devido à distância do Hospital G, o seu parceiro possui outros hospitais aliados mais próximos e do mesmo porte e nível de complexidade, o que não ocorre com o Hospital G;

- redução de barreiras comerciais e legais: ‘Indentificado’ para a Aliança logística E1 e ‘Declarado’ para as Alianças logísticas, F1, G1 e G2, que possuem foco de atendimento público e recebem verba pública, logo precisam seguir a Lei N° 8.666/1993. Por meio da atividade de empréstimo, trocas e consignações, os hospitais obtêm insumos sem a necessidade de gerar documentações e justificativas por compras emergenciais e morosidade nos processos, amenizando os entraves e burocracias solicitadas pela Lei.

Constata-se que as Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2, desenvolvidas para partilha de atividades de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, proporcionam benefícios que influenciam o fluxo de materiais e informações dos hospitais a obter bom nível de desempenho e atendimento ao paciente, o que possivelmente não conseguiriam sozinhos.

As Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, com foco na atividade de negociações e compra conjunta, também proporcionam benefícios que dificilmente um único hospital conseguiria, tais como:

- benefícios financeiros: ‘Declarado’ - ganhos de negociação em escala, representado por melhores preços, prazos, confiabilidade na quantidade e qualidade; ganhos com *workshops*, capacitações e palestras oferecidas aos membros (reduz alguns custos com

treinamentos); ganhos com a eliminação de alguns processos de negociação e triagem de fornecedores (reduz custos com equipe);

- agregação de valor e melhoria no nível de desempenho do serviço prestado: ‘Identificado’ por agregar valor perante os fornecedores, ganhar poder de negociação quanto a preço, prazos, quantidade e frequência de entrega. Além de otimizar o nível de desempenho da área de suprimentos e farmácia, comparado ao processo de compras de um único hospital;

- obtenção da eficiência e eficácia das variáveis da missão da logística: ‘Declarado’ para as Alianças logísticas B2, C2 e D2, e consequentemente ‘Identificado’ para a Aliança A2. Os Hospitais B, C e D alegam obter ganhos em redução de custos, agilidade e flexibilidade nas entregas, confiabilidade no prazo, quantidade e na qualidade do insumo;

- partilha e obtenção de conhecimento e aprendizagem: ‘Declarado’ para as Alianças B2, C2 e D2, consequentemente ‘Identificado’ para a Aliança A2, que também tem a possibilidade de participar de eventos anuais com seus membros, onde ocorre apresentação de palestras, *workshops*, capacitações e exposição de fornecedores entre outros. Além de partilha de conhecimento do mercado, *benchmarking* do setor de suprimentos e farmácia, e disponibilizar veículos de comunicação voltados aos hospitais membros e ao mercado em geral;

- partilha de recursos tangíveis e intangíveis: ‘Identificado’ a partilha de recursos intangíveis como: o poder de negociação por meio da união de volume em larga escala; o valor de serem hospitais de excelência e possuírem renomes, tornam a aliança logística com maior representatividade perante os fornecedores; a troca de *know-how* do mercado e de gestão durante as reuniões quadrimestrais, os eventos e conversas informais;

- eliminação de serviços e operações duplicadas: ‘Declarado’ para a Aliança logística A2, que acredita minimizar alguns processos de contação e triagem de fornecedores, que são desenvolvidas pela equipe da Rede de hospitais privados, sendo os mesmos processos realizados pela equipe da ANAHP, logo ‘Identifica-se’ que as Alianças logísticas B2, C2 e D2 obtêm este benefício;

- melhora o *status*/imagem: ‘Identificado’ - as alianças logísticas A2, B2, C2 e D2 proporcionam poder de negociação, mais representatividade e *status* perante os fornecedores, por serem reconhecidos como um grupo de hospitais de excelência;

- independência organizacional: ‘Identificado’ - os hospitais pesquisados relatam da liberdade de adquirir insumos direto dos seus fornecedores, se houver algum atraso ou se preço que obteve for melhor do que o cotado pela aliança logística. Além de não obter interferências dos membros no planejamento e controle da área de suprimentos e farmácias, não perdem o controle político e ainda obtêm diversos benefícios, o que se considera como uma vantagem desse tipo de relação;

- redução de barreiras comerciais e legais: ‘Identificado’ - as alianças logísticas A2, B2, C2 e D2 reduz barreiras comerciais, tarifárias e legais, pois quando os hospitais se unem tornam maiores e mais fortes em termos negociação com o mercado, governo e legislação.

Vale destacar que o reconhecimento dos benefícios obtidos com o desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitais pode variar de hospital para hospital dependendo do sistema de valores que utilizam, percepção de ganhos mensurados e do contexto que estão inseridos. Nos estudos de caso apesar de possuírem foco de atendimentos diferentes, privado (Hospitais A, B, C e D) e público (Hospitais E, F e G), possuem semelhança nos benefícios ‘Declarados’ e ‘Identificados’ da atividade de partilha de empréstimos, trocas e consignações, e para a atividade de negociação e compra conjunta realizada pelos hospitais com foco de atendimento privado.

Essa semelhança dos benefícios pode estar associada aos hospitais serem reconhecidos como de excelência em cada foco de atendimento, estando inseridos de certa forma, em uma mesma realidade de complexidade e dificuldades do ambiente hospitalar ou do sistema de saúde do país.

Os hospitais pesquisados abordam não possuírem dificuldades nas operações de suas alianças logísticas, mas existe três que podem ser ‘Identificadas’ como fatores que dificultam o desenvolvimento e ampliação dessas relações, principalmente no setor público, como observado no Quadro 30.

Foco de atendimento		Privado								Público			
Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
Alianças logísticas com outros hospitais		A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	D 1	D 2	E 1	F 1	G 1	G 2
Pontos críticos de aliança logística entre hospitais	1) Confiança	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	2) Gestão e controle integrado da aliança logística entre hospitais	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	3) Comunicação de forma clara e eficiente	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	4) Cultura organizacional diferente	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	5) Conflito de interesses entre setor privado e público	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	6) Compromisso com os aliados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	7) Partilhar informações estratégicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	8) Altos custos com sistema de informação e comunicação interorganizacional	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	9) Gerar valor incremental aos membros	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	10) Resistência a mudanças	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	11) Brasil - Lei N° 8.666/1993	--	--	--	--	--	--	--	--	I	I	I	I
	12) Perda de profissionais e superioridade técnica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	13) Falta de apoio governamental efetivo	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	14) Brasil - Lei N° 8.080/1990	--	--	--	--	--	--	--	--	I	I	I	I

Quadro 30: Comparação das dificuldades sistematizadas de aliança logística com os dos estudos de caso

Legenda: D - Declarado; I - Identificado

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar dos Hospitais E, F e G argumentarem que não possuem dificuldades com o desenvolvimento das Alianças logísticas E1, F1, G1 e G2, há entraves ocasionados pela Lei N° 8.666/1993, que são minimizados por meio desses relacionamentos informais. As alianças logísticas não podem ser formalizadas e declaradas no ambiente público, pois não apresentam nas normas de licitações e contratos da administração pública, o desenvolvimento de qualquer relacionamento de aquisição ou que afetem os fluxos de materiais e informações. Existe a necessidade da realização do processo licitatório para qualquer tipo de vínculo ou relação, que não ultrapasse há um ano. Assim, ‘Identifica-se’ a Lei N° 8.666/1993 como um ponto crítico para a expansão das alianças logísticas no setor público, sendo preciso repensá-la para mudanças e adaptação a nova realidade e necessidades dos hospitais e sociedade.

A Lei N° 8.080/1990, que determina os objetivos, competências e atribuições nas esferas municipal, estadual e federal, é vista pelos Hospitais E, F e G como geradora de entraves e jogos de responsabilidades, autorizações de mecanismos de gestão, liberações e decisões de investimentos. Logo, ‘Identifica-se’ como um ponto crítico para o desenvolvimento e expansão da aliança logística nos hospitais públicos.

A falta de apoio governamental efetivo tanto para os hospitais de foco de atendimento público quanto privado, se ‘Identifica’ como ponto crítico por engessar e

burocratizar por meio de legislações o sistema de saúde. Se o governo criasse planos de incentivo (exemplo, fiscal e bonificações) entre os hospitais, independente que sejam públicos e privados, para que se relacionem e desenvolvam estratégias para a otimização das infraestruturas e dos fluxos de suprimentos, informações e pacientes, existiria a possibilidade de obter melhores resultados no sistema de saúde como um todo.

As demais dificuldades listadas no Quadro 30, mas não ‘Identificadas’ e ‘Declaradas’ pelos hospitais pesquisados, valem ser analisado o porquê não foram visualizadas como dificuldades:

- confiança e compromisso com os aliados: nas Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1 e G2 existem um certo grau de confiança e compromisso de boa vizinhança em prol ao bem estar e saúde do paciente. Nas Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, não apresentam necessárias, pois possuem contratos formalizados e procedimentos declarados;
- gestão e controle integrado da aliança logística entre hospitais; partilhar informações estratégicas; altos custos com sistemas de informação e comunicação interorganizacional; gerar valor incremental aos membros; e resistência a mudanças: não são dificuldades, pois nas alianças logísticas desenvolvidas não apresenta-se necessário investimentos substanciais de tecnologias, recursos humanos, financeiros e de gestão da relação. As atividades logísticas de partilha são de foco operacional a tático, geridas com um mínimo de informações necessárias para suas execuções;
- comunicação de forma clara e eficiente: as informações necessárias para operacionalização das atividades de negociações/compra conjunta, empréstimos, troca e consignações, segundo os hospitais estudados são transmitidas de forma clara e eficiente;
- cultura organizacional diferente; e conflito de interesse entre setor privado e público: como as alianças logísticas são entre hospitais, em sua maioria com foco de atendimento semelhantes, e com independência organizacional, não destaca-se conflitos de interesses e nem empecilhos referente a cultura organizacional.

Nos estudos de caso as dificuldades das alianças logísticas podem não ter se sobressaído como os relatados na revisão de literatura, por tratar de relações sem foco estratégico, que partilhem informações em longo prazo, com altos investimentos em tecnologias, inovações ou infraestruturas. As alianças logísticas são com foco mais operacional a tático, não tendo integração de planejamento e da equipe, as informações e os contatos são básicos para operacionalizar as atividades logísticas de partilha.

5.4.2 Planejamento e operação das alianças logísticas no estudo de casos múltiplos

O Quadro 31 aborda as quatro etapas sistematizadas de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais da seção 3.5, e as comparam com as mencionadas nos estudos de caso.

		Foco de atendimento		Privado						Público					
		Hospitais pesquisados		A		B		C		D		E	F	G	
		Alianças logísticas com outros hospitais		A1	A2	B1	B2	C1	C2	D1	D2	E1	F1	G1	G2
Etapas	Iniciação		--	D/In	--	D/In	--	D/In	--	D/In	--	--	--	--	
	Planejamento	Planejamento interno	D/In	D/In	D/In	D/In	D/I	D/In	D/In	D/In	D/In	D/In	D/In	D/In	
		Planejamento conjunto	--	D/F	--	D/F	--	D/F	--	D/F	--	--	--	--	
	Operação, monitoramento e controle		D/P	D/F	D/P	D/F	D/P	D/F	D/P	D/F	D/P	D/P	D/P	D/P	
	Encerramento		--	D/F	--	D/F	--	D/F	--	D/F	--	--	--	--	

Quadro 31: Comparação das etapas sistematizadas de planejamento e operação da aliança logística com as dos estudos de caso

Legenda: D - Declarada; I - Identificada; F - Formal; In - Informal; P - Procedimento informal mais documentado

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se no Quadro 31, que nas Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, G1 e G2, que partilham atividades logísticas de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, apresentam duas etapas de planejamento e operação da aliança logística:

- Planejamento interno: ‘Declarada’ e Informal - esta fase ocorre internamente no hospital e refere-se em prever um conjunto de ações, procedimentos e recursos necessários para obter de forma eficiente o objetivo ou resultado desejado. Os hospitais pesquisados apresentam objetivos informais de compromisso recíproco em prol ao bem estar e a saúde do paciente, e em desenvolver uma política de boa vizinhança. Além de procedimentos operacionais a ser seguidos, determinam responsabilidades e atribuições aos funcionários (função de solicitar, autorizar e supervisionar; função de executar e controlar), e critérios para selecionar o parceiro, tais como: proximidade geográfica; ser unidade geral e nível de complexidade alta, por possuir maior consumo e disponibilidade de estoques; ter boa reputação e tradição;

- Operação, monitoramento e controle: ‘Declarada’ e com Procedimento informal mais documentado - tratam da execução das ações, administração e controle dos recursos humanos, materiais, medicamentos entre outros, para obtenção dos resultados planejados. Para desenvolvimento das alianças logísticas existem procedimentos para executar (funcionários responsáveis pela operação) e controlar as atividades de empréstimos, trocas e consignações. As Alianças logísticas A1, C1, F1, G1 e G2 monitoram e controlam por meio de declarações de empréstimos, planilhas no Excel e pastas de arquivo. Já as Alianças logísticas B1, D1 e E1 registram e controlam via sistema de gestão integrada.

As etapas de Pré-planejamento e Operação, monitoramento e controle desenvolvidas pelas Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, G1 e G2 são genéricas e parciais se comparadas, respectivamente, aos processos sistematizados nas subseções 3.5.2 e 3.5.3. Os hospitais pesquisados utilizam de organização e administração básica, para não perder o controle dos itens emprestados, trocados e consignados. Caso desenvolvessem ou adotassem procedimentos de planejamento, operação e controle da aliança logística, de forma que os orientassem a agregar valor e melhoria contínua aos membros, possivelmente obteriam melhores níveis de desempenhos e benefícios nos seus fluxos de materiais, medicamentos, informações e pacientes, como relatado na revisão de literatura.

As Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, que partilham atividade logística de negociação e compra conjunta, abordam as quatro etapas de planejamento e operação da aliança logística:

- Iniciação: ‘Declarada’ e Informal - trata do levantamento de informações e análise da real necessidade de formação e desenvolvimento da aliança logística. Os superintendentes e diretores dos hospitais pesquisados analisaram o mercado e o sistema de saúde, perceberam que sozinhos não conseguiriam obter melhores níveis de desempenhos nos seus processos organizacionais, na prestação de serviço aos pacientes e reconhecimento em excelência. Assim, optaram em buscar parcerias que os ajudassem a obter os resultados que desejavam, conseqüentemente, levantaram informações e necessidades da área de logística, mais especificamente a atividades de compras, para conseguirem melhor poder de negociação;

- Planejamento: Planejamento interno, ‘Declarado’ e Informal - o Hospital A, por meio de contatos que possuía com outros hospitais que já eram membros da Rede de hospitais privados, conseguiu negociar para entrar como novo membro. A superintendência e

diretoria comunicaram a todas as áreas da Instituição e atribuíram responsabilidades para prosseguirem com o desenvolvimento da relação. Os Hospitais B, C e D designaram equipes internas para levantar as necessidades por áreas, e buscaram por hospitais de perfil semelhantes, que estavam na mesma situação e almejavam pelos mesmos objetivos. Agendaram um fórum para discutir, propor melhorias e determinar procedimentos da possível relação; Planejamento conjunto, ‘Declarado’ e Formal - na Aliança A2, como a Rede de hospitais privados estava em operação, a estrutura organizacional de gestão conjunta, os procedimentos, normas de execução e controles estavam prontos e determinados no contrato. Já os Hospitais B2, C2 e D2 discutiram e desenvolveram junto com seus membros as características, objetivos, procedimentos organizacionais, informações a ser compartilhadas, definição da formação do conselho geral e diretoria administrativa, indicadores de desempenhos entre outras, formando assim a ANAHP, sendo parte dela as Alianças logísticas B2, C2 e D2;

- Operação, monitoramento e controle: ‘Declarada’ e Formal - as Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2 possuem formalizados: equipes internas e em conjunto para administrar as operações de negociação e compra conjunta dos membros; sistema de informação e comunicação (sistema Bionexo, emails e telefones); monitoramento e controle do desempenho da atividade de compra conjunta; cronogramas predeterminados; e reuniões para discutir problemas e oportunidades;

- Encerramento: ‘Declarado’ e Formal, a dissolução da relação é determinada no contrato da aliança logística, que pode ser encerrada no final de um ano ou se o membro não cumprir as normas e procedimentos preestabelecidos no contrato.

Verifica-se que as Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2 apresentam as quatro etapas de planejamento e operação de uma aliança logística, sendo a realização de seus processos parciais se comparadas aos sistematizados na seção 3.5. Mas, apresentam-se maior preocupação em estruturar as equipes e níveis hierárquicos, determinar procedimentos de execução, comunicação, administração, controle e encerramento, se comparados às alianças logísticas de empréstimos, trocas e consignações de insumos. Talvez por possuírem uma visão operacional a tática, com interesses para ganhos financeiros e apoio da alta administração, planejem com mais cautela os resultados esperados com a aliança logística.

5.5 Análise para identificação de contribuições aos quadros teóricos sistematizados

Nesta seção realiza-se uma análise para identificação de contribuições aos quadros teóricos sistematizados, com o objetivo de melhor compreender e discutir as alianças logísticas entre os hospitais pesquisados e a literatura. Além de adaptar e reforçar as sistematizações propostas, para apoiar o desenvolvimento mais coerente e promissor de uma aliança logística entre hospitais, fornecendo uma sequência, que vem a instigar os gestores a refletirem e fazerem perguntas sob um viés estratégico ao contexto que estão inseridos, em vez de uma visão restrita ao operacional.

5.5.1 Sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística entre hospitais

As características identificadas nas Alianças logísticas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2, E1, F1 e G1 e G2 preenchem quase todas as características sistematizadas no quadro referencial teórico (Quadro 26). Um dos fatores pelas quais as relações não listaram todas as características de alianças logísticas entre hospitais, talvez seja pelo fato de não possuírem uma visão estratégica, de inovação e diferenciação para agregação de valor aos serviços prestados perante o mercado, como no ambiente empresarial que predomina concorrência acirrada.

Neste contexto, e pelas características sistematizadas de alianças logísticas entre hospitais vistas como não obrigatórias, por não terem sido encontradas na literatura pesquisada de aliança hospitalar, mas mantidas para ampliar o leque de análise diante dos estudos de caso, podem ser excluídas, sendo: obtenção de resultados competitivos; planejamento e operação integrada da aliança logística; monitoramento e controle integrado da aliança logística; e conhecimento das necessidades e requisitos da área de logística do aliado. Mantendo assim, as características que se destacaram na realidade das alianças logísticas estudadas, que são:

- relação de cooperação ganha-ganha;
- relação de longo prazo (acima de dois anos);
- definição de objetivos comuns (formal ou informal);
- partilha de recursos tangíveis e intangíveis;
- compartilhamento de informações que influencie o desempenho do sistema logístico;
- arranjo flexível, com procedimentos e normas básicas de gestão determinadas;

- relação de confiança;
- grau de dependência baixo à médio;
- atividades logísticas comuns de partilha que influencie o fluxo de materiais e informações; e
- seleção do aliado por meio da análise de desempenho, competências e recursos.

O fato das alianças logísticas entre hospitais não possuírem uma visão estratégica competitiva como no ambiente empresarial, também pode afetar os motivos para desenvolver uma aliança logística e os benefícios obtidos com a relação. Ao comparar os quadros referenciais teóricos sistematizados de motivação (Quadro 27) e de benefícios (Quadro 29) com as respostas dos hospitais, verifica-se que a literatura aborda um número maior de motivos para o desenvolvimento da aliança logística e de benefícios, do que os ‘Declarados’ ou ‘Identificados’ nos estudos de caso.

Os motivos listados de forma ‘Declarado’ ou ‘Identificado’ por todas as alianças logísticas, independente do foco de atendimento e atividade logística de partilha, foram: agregar valor e maior qualidade aos serviços prestados; reduzir custos; e obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas. Os hospitais acrescentaram dois motivos que não foram encontrados na literatura pesquisada, que são: contribuir com a saúde e bem estar do paciente (Alianças logísticas A1, E1, F1, G1 e G2); e evitar perda de materiais médicos e medicamentos (Alianças logísticas B1, C1, E1, F1, G1 e G2). Analisando-se pelo foco do atendimento, todas as alianças logísticas dos hospitais que visam o atendimento público salientam dois motivos a mais que as dos hospitais privados: obter recursos complementares ou específicos; e superar barreiras econômicas, legais e políticas governamentais. Isso pode se explicar pelo fato de possuírem carências de investimentos financeiros e por serem regidos por diversas leis de normatização e gestão, tais como a Lei N° 8080/1990 e a Lei N° 8.666/1993.

Com base nessas análises e argumentações, sugerem-se a princípio manter os motivos sistematizados de alianças logísticas entre hospitais que impulsionem questões operacionais, estruturais, financeiras e legais, por retratar mais a realidade e necessidade dessas instituições, tais como:

- obter recursos complementares e específicos;
- agregar valor e maior qualidade aos serviços prestados;
- reduzir custos;

- obter agilidade e flexibilidade nas atividades logísticas;
- superar barreiras econômicas e políticas governamentais/legais;
- contribuir com a saúde e bem estar do paciente; e
- evitar perdas de materiais médicos e medicamentos.

Quanto aos benefícios sistematizados de aliança logística entre hospitais (Quadro 29), identifica-se como visível e contribuição ao panorama dessas relações, a permanecer como proposta de análises, os ganhos: benefícios financeiros – redução de custos, ganhos em negociações, investimentos etc.; agregação de valor e melhoria no nível de desempenho do serviço prestado; obtenção da eficiência e eficácia das variáveis da missão da logística (quantidade, lugar, tempo, qualidade e custo); partilha de recursos tangíveis e intangíveis; e redução das barreiras comerciais e legais.

A quantidade de facilitadores para o desenvolvimento das alianças logísticas citados pelos estudos de caso, também foi menor se comparada aos sistematizados da literatura (Quadro 28). Sendo somente assinalado por todas as alianças logísticas pesquisadas, o facilitador de definição e declaração de objetivos comuns. Analisando-se pelo foco de atendimento, todas as alianças logísticas com foco privado acrescentaram compartilhamento de informações operacionais a estratégicas. Já as alianças logísticas com foco público mencionaram: confiança; história de trabalho em conjunto e boa reputação; e conhecer a região e contexto que cada membro está inserido.

As Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, F1e G2, que promovem a atividade logística comum de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, salientaram que um dos principais facilitadores (não encontrado na literatura pesquisada) é a proximidade geográfica entre os membros. Por facilitar em termos de agilidade e flexibilidade de quantidade, movimentação e obtenção do item.

Apesar dos facilitadores sistematizados no Quadro 19 não terem sido mencionados por todas as alianças logísticas dos estudos de caso (Quadro 28), estes devem ser considerados de maneira reflexiva durante o desenvolvimento de uma aliança logística, independentemente do foco ser operacional, tático ou estratégico. Porque os facilitadores do quadro referencial teórico sistematizado podem proporcionar uma visão holística, integrada e harmoniosa ao relacionamento, logo melhor desempenho e resultados aos parceiros.

Quanto às dificuldades para desenvolvimento das alianças logísticas entre hospitais, dos catorze listados na sistematização da literatura (Quadro 21) nenhum foi identificado pelos

hospitais pesquisados de forma ‘Declarada’, por acreditarem que as alianças logísticas estão funcionando bem. Mas foram ‘Identificadas’ três dificuldades, que são (Quadro 30): falta de apoio governamental efetivo para todas as alianças logísticas (foco de atendimento público e privado); e para as alianças logísticas que os hospitais possuem foco de atendimento público, as Leis Nº 8.666/1993 e Nº 8.080/1990.

Sabe-se que a Lei Nº 8.666/1993, burocratiza, engessa e impossibilita o desenvolvimento de qualquer tipo de relacionamento dos hospitais públicos com fornecedores, que ultrapassem há um ano, e a formalização de alianças com outros hospitais, por exemplo, para partilha de investimentos e processos de licitações para compra conjunta. Com ressalva aos prestadores de serviço (por exemplo: segurança, limpeza e higiene, sistemas/softwares de informação e gestão), que são licitados por um ano e renováveis anualmente por até quatro anos, com atualizações do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Os Hospitais F e G salientam a necessidade da Lei ser revista pelo governo, para possibilitar o desenvolvimento e utilização de novos métodos e estratégias, para adaptar e obter melhorias contínuas em seus processos organizacionais e de gestão.

Perante essas argumentações e a falta de visualização de dificuldades, pode-se deduzir que isso ocorre porque hospitais pesquisados e o governo, não tratam as alianças logísticas sob um viés estratégico competitivo e de inovações como no ambiente empresarial, que busca a todo o momento melhoria contínua e agregação de valor aos produtos e serviços. As alianças logísticas são consideradas de forma operacional tendendo a táticas, por ser operações de apoio dentro do ambiente hospitalar. Se esta forma de visualizar passar à estratégica, há a possibilidade de obter mais benefícios (organizacionais, infraestrutura, tecnologia, investimentos etc.) e gerar dificuldades ou desafios a serem estudados, por envolver maior investimento, frequência de participação e interação entre os membros da aliança logística.

Neste sentido, sugere-se que sejam considerados durante a formação e desenvolvimento da aliança logística entre hospitais as dificuldades que afetam a integração e a transparência da relação, que são: confiança; comunicação de forma clara e eficiente; cultura organizacional diferente; compromisso com os aliados; Lei Nº 8.666/1993; Lei Nº 8.080/1990; e falta de apoio governamental efetivo. Acredita-se que estas dificuldades se não planejadas de forma a serem minimizadas ou eliminadas, podem levar ao fracasso ou ao baixo desempenho da aliança logística entre hospitais.

Os quadros referenciais teóricos sistematizados de características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades de aliança logística entre hospitais comparados com as respostas dos estudos de caso, permitem concentrar nos fatores que mais influenciam no bom desempenho desse tipo de relacionamento, consequentemente, auxilia os gestores nas tomadas de decisões e gestão da aliança logística entre hospitais de forma mais eficiente.

5.5.2 Sistematização de planejamento e operação da aliança logística

O Quadro 31 aborda uma comparação das etapas sistematizadas de planejamento e operação da aliança logística com as encontradas nos estudos de caso. Ao analisar as etapas das alianças logísticas pesquisadas observa-se que as Alianças logísticas A1, B1, C1, D1, E1, G1 e G2, que partilham a atividade comum de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos possuem visão mais operacional iniciando à tática. Esse foco tático ocorre quando os responsáveis pela área de suprimentos/logística e farmácia buscam otimizar os processos logísticos de seus setores de forma a ajudar a alcançar os objetivos gerais do hospital, por meio de negociações a médio prazo de consignações de lotes de insumos com baixa demanda, por exemplo. Por não apresentar características para desenvolvimento de planos estratégicos, voltados para o longo prazo, com previsão de alocação de recursos organizacionais de maneira eficiente e eficaz, como focado na literatura de aliança logística.

Os processos para o planejamento e operação das alianças logísticas entre hospitais nos estudos de caso são básicos, para não perder o controle do fluxo de materiais médicos e medicamentos que são emprestados, trocados e consignados.

Caso esses processos seguissem uma sistemática detalhada com foco estratégico, possibilitaria obter mais e melhores benefícios, por exemplo: se desenvolvessem indicadores para mensurar a atividade de empréstimos de medicamentos, quanto a custo e tempo de funcionários para executar tal atividade (adquirir o item junto ao hospital parceiro), e o custo de transação e compra do item de urgência junto ao fornecedor e prazo de entrega. Esses dados e informações permitiriam deslumbrar o real valor de custo-benefício da aliança logística, além de induzir a estreitar os laços para definir procedimentos de planejamento mais detalhados e de ganha-ganha.

As Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2, que partilham a atividade logística de negociação e compra conjunta, apresentam a realização de procedimentos mais estruturados e planejados, que englobam todas as etapas sistematizadas de planejamento e operação da

aliança logística, se comparado às alianças logísticas que partilham a atividade de empréstimos, trocas e consignações. Mas, se adotasse uma visão mais estratégica, expandindo para outras atividades logísticas como gestão de estoque, armazenagem e transporte, seguindo uma sistemática de gestão para melhor refletir e adequar os processos às necessidades e às realidades dos membros obteriam maiores níveis de desempenhos, como verificado nos casos da literatura (Quadro 3 e Quadro 4).

As alianças logísticas pesquisadas permitem aos hospitais obterem benefícios nos fluxos de materiais médicos, medicamentos e, conseqüentemente, no fluxo de pacientes, que poderiam ser melhores se utilizassem uma sistemática de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais sob a sequência das fases de Pré-desenvolvimento, Desenvolvimento e Pós-desenvolvimento, e seguissem a divisão de suas etapas de Iniciação, Planejamento (Planejamento interno e Planejamento conjunto), Operação, monitoramento e controle, e Encerramento (Figura 9), realizando todos os processos propostos em cada uma.

Vale retomar algumas argumentações da revisão de literatura, tais como a de Lowensberg (2010), que aborda que o sucesso de qualquer aliança estratégica independente do setor ou área que esta sendo focada, depende do planejamento e operação de maneira holística, principalmente com uma perspectiva de ciclo de vida completo, o que raramente é utilizado nessas relações. Sharma e Choudhury (2014) salientam que isso dificulta gerar inovações e resultados bem sucedidos aos parceiros envolvidos, por não prosseguirem com o desenvolvimento e evolução para uma aliança logística estratégica.

Scott e Thurston (2004) relatam que raramente os hospitais baseiam-se em teorias e no planejamento formal de curto, médio e longo prazo, para implementação, adaptação e melhorias contínuas das alianças hospitalares. Burns e Lee (2008) acrescentam que a gestão das alianças é deixada para os gestores de níveis táticos, que não possuem grande poder de decisão.

Nesse contexto e sob uma visão geral dos fenômenos de aliança logística dos estudos de caso, infere-se que a sistematização desenvolvida na tese para planejamento e operação da aliança logística entre hospitais (seção 3.5), pode a princípio ser simplificada para facilitar na adesão e implementação pelos gestores da área de logística e farmácia hospitalar. O intuito é que com o passar do tempo e obtenção dos bons resultados da aliança logística, sendo observados por seguir uma sistemática de gestão (Quadro 32), possam visualizar e disseminar a aliança logística como uma oportunidade estratégica e de agregação de valor ao hospital.

O Quadro 32 de contribuições ao quadro de referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, esta organizado em cinco colunas:

- primeira, Fases da aliança logística: relaciona as fases da aliança logística abordadas na Figura 9 – Pré-desenvolvimento, Desenvolvimento e Pós-desenvolvimento;
- segunda, Etapas da aliança logística: são as etapas apresentadas dentro das Fases para desenvolvimento da aliança logística – Iniciação, Planejamento (Planejamento interno e Planejamento conjunto), Operação, Monitoramento e Controle, e Encerramento;
- terceira, processos mantidos: refere-se em conservar como foram propostos os processos sistematizados de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais dentro de cada Etapa da seção 3.5, por acreditar ser necessários para o bom desenvolvimento, feedbacks e análises desses relacionamentos;
- quarta, processos adaptados: mostra os processos que precisam ser adaptados ou simplificados para facilitar aos gestores em sua aceitação e implementação. Por exemplo, como as alianças logísticas que visam às atividades de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, possuem uma visão operacional e não desenvolvem uma padronização formal de procedimentos e análises dos resultados, para comparação do custo-benefício. Dificilmente vão executar processos que necessitem de um maior esforço e tempo de planejamento e reflexão da equipe, por não ter claro ou ter de forma minimizada a relevância estratégica e de agregação de valor da área de logística. Assim, acredita-se que precisam obter bons desempenhos operacionais e táticos visíveis e mensuráveis, para depois evoluírem a um foco estratégico e de detalhamento dos seus processos de gestão da aliança logística; e
- quinta, processos em espera: são os processos propostos para desenvolvimento das Etapas da Figura 9 que estão em espera, para quando os gestores e cultura do hospital estiverem preparados a implementar uma aliança logística estratégica. Esses processos não foram eliminados do quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, por reconhecerem com base nos autores da literatura (Quadro 22) como relevantes à promoção de uma aliança logística estratégica de sucesso.

Fases	Etapas	Processos mantidos	Processos adaptados	Processos em espera
PRÉ-DESENVOLVIMENTO	Iniciação	1) Resgatar as metas e estratégias de operações da área de logística; 2) Documentar os motivos para desenvolvimento da aliança logística; 3) Definir o objetivo da aliança logística; e o 5) Solicitar autorização das partes competentes do hospital e avaliação jurídica, para iniciar o planejamento da aliança logística com outros hospitais.	---	4) Realizar uma análise prévia de tempo, investimento, riscos, recursos envolvidos e expectativas de resultados com o desenvolvimento da aliança logística. Não será realizado neste momento por demandar maior esforço e tempo dos gestores da área de logística e farmácia hospitalar. Observou-se nos estudos de caso, que os gestores não demandam muito tempo com planejamento inicial da aliança logística, assim os processos da Etapa de Iniciação não podem ser morosos, até que desenvolvam uma visão da necessidade estratégica da relação, para um detalhamento maior.
	Planejamento	<p>Planejamento interno: 1) Formar uma equipe interna para planejamento da aliança logística; 2) Garantir que a equipe interna entenda o objetivo da aliança logística e suas responsabilidades; 5) Desenvolver critérios para seleção do parceiro mais adequado; 6) Identificar os possíveis parceiros para pré-avaliação; 7) Declarar o objetivo da aliança logística, características e competências necessárias, para lance dos futuros parceiros; 8) Avaliar os hospitais que demonstraram interesses e selecionar o parceiro; 9) Formular e fechar acordo da aliança logística.</p> <p>Planejamento conjunto: 1) Estabelecer uma equipe multifuncional de planejamento e operação conjunta da aliança logística; 2) Garantir que essa equipe multifuncional compreenda o objetivo da aliança logística; 3) Definir os processos, atividades e responsabilidades de cada membro da aliança logística; 4) Definir os objetivos específicos, metas e estratégias da aliança logística; 5) Estimar a duração de tempo dos processos e atividades da aliança logística; 7) Levantar fatores críticos e facilitadores da aliança logística; 13) Planejar capacitação e integração das equipes: treinamentos, eventos e sistema de aprendizagem de cooperação e trabalho em equipe; 14) Planejar limitações de riscos em caso de fracasso e procedimentos de encerramento da aliança logística; 15) Desenvolver cronograma esperado para obtenção dos benefícios com aliança logística.</p>	<p>Planejamento interno: os processos 3 e 4, que estão na coluna de processos em espera podem em ser simplificados para “<i>Planejar procedimentos de operação, monitoramento e controle da aliança logística</i>”, com o intuito de agilizar a execução desses processos internamente e a adesão pelos gestores dos hospitais.</p> <p>Planejamento conjunto: como os hospitais pesquisados e a literatura abordam que essas instituições não tem a cultura de seguir padrões teóricos, e não visualizarem a área de logística de forma estratégica, sugere-se que seis processos (6, 8, 9, 10, 11 e 12) que estão na coluna de espera, sejam simplificados para: <i>Planejar procedimentos e normas de operação, comunicação, monitoramento e controle dos parceiros da aliança logística</i>.</p>	<p>Planejamento interno: O processo 3 - Planejar a configuração da aliança logística: atividades, processos e recursos a serem compartilhados e executados, responsabilidades, cronograma, intensidade da relação, grau de formalização, centralização entre outros pontos que se julgar necessários; e o Processo 4) Identificar modelos, ferramentas e técnicas úteis para gestão, monitoramento e controle da aliança logística.</p> <p>Planejamento conjunto: 6) Planejar níveis e compartilhamento de riscos, investimentos, recursos, pessoal e tecnologia; 8) Planejar estrutura organizacional, mecanismos de cooperação, grau de autoridade, hierarquia e procedimentos para a resolução de conflitos; 9) Planejar sistema de informação e comunicação (ágil e flexível); 10) Determinar o tipo de informação (operacional, tática e estratégica) e frequência de atualização transmitida entre os aliados, para evitar conflitos futuros; 11) Planejar indicadores de desempenhos (qualidade, financeiro, informações e conhecimento) e processos de melhoria contínua; 12) Traçar perfil cultural dos funcionários, para identificar potenciais áreas de conflitos, e assim serem minimizadas.</p> <p>Esses processos ficarão em espera até que os hospitais visualizem a área de logística e a aliança logística como uma oportunidade estratégica a suprir carências e a obter recursos que não consigam sozinho ou no tempo desejado pelos pacientes. Isso, provavelmente será obtido quando começarem a mensurar os resultados de maneira formal da aliança logística, e verem a melhora de custo-tempo-desempenho.</p>

Quadro 32: Contribuições ao quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais (continua)

Fonte: Elaborado pela autora

Fases	Etapas	Processos mantidos	Processos adaptados	Processos em espera
DESENVOLVIMENTO	Operação, monitoramento e controle	1) Gerir a aliança logística visando o trabalho em equipe e a orientação aos processos determinados para a relação; 3) Criar um ambiente de equipe por meio de eventos, treinamentos, declarações de valor do trabalho em equipe etc.; 4) Administrar o sistema de informação e comunicação da aliança logística; 5) Controlar o cronograma da aliança logística; 6) Monitorar e controlar continuamente o desempenho da aliança logística. Caso os processos e resultados não estejam saindo como o desejado, esses possam ser adaptados e replanejados visando à melhoria contínua e resultados ganha-ganha aos parceiros da aliança logística, ou para que prossigam para a última etapa de Encerramento.	---	2) Avaliar funcionários quanto a aspectos culturais de cooperação. Esse processo busca um viés mais estratégico, com estudo e avaliação no longo prazo, o que demanda maior esforço da equipe para analisar aspectos comportamentais, ações e atitudes dos funcionários internos e dos parceiros, quanto a posturas de cooperação e o que pode ser realizado para minimizar fatores de conflitos, desenvolver um ambiente harmonioso de cooperação ganha-ganha. Assim, como o tema aliança logística entre hospitais possui uma visão mais operacional e tática, recomenda-se deixar esse processo em espera, até que desenvolvam gradativamente uma cultura de planejar as especificidades dos processos e procedimentos dessa relação, evoluindo para um foco estratégico que necessitará ter um conhecimento maior dos aspectos culturais dos funcionários para impulsionar um ambiente de cooperação.
PÓS-DESENVOLVIMENTO	Encerramento	1) Encerrar a aliança logística por ter atingido o objetivo planejado ou por não obter os resultados e desempenhos esperados. Seguir os procedimentos planejados conjuntamente de encerramento da aliança logística; 2) Realizar os registros de encerramento e feedbacks a equipe do hospital, destacando pontos positivos, negativos, facilitadores no desenvolvimento da aliança logística, ou seja, as lições aprendidas para reflexão e formação de uma próxima relação de parceria.	---	---

Quadro 32: Contribuições ao quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais (continuação)

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se na Etapa de Iniciação, que foram mantidos quase todos os processos propostos na subseção 3.5.1 sem adaptação, com ressalva ao processo 4 que está em espera, por considerá-lo mais moroso e ser importante na decisão dos gestores em formar a aliança logística, e da diretoria e superintendência em autorizar e apoiar o desenvolvimento deste relacionamento com outros hospitais. Isso quando obtiverem uma visão mais estratégica e de inovação para a aliança logística, ao qual demandará maior detalhamento.

Na Etapa de Planejamento alguns processos (Planejamento interno – processos 3 e 4; Planejamento conjunto – processos 6, 8, 9, 10, 11 e 12) foram adaptados ou simplificados para ficarem com uma visão mais operacional e tática, que demandassem menos tempo e esforços da equipe. Vale lembrar que as alianças logísticas entre hospitais de atividades de empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, por exemplo, apresentaram-se sem grandes planejamentos e formalização. Solicitá-los que mudem para uma visão estratégica e integrada leva-se tempo, uma evolução e adaptação dos processos, estruturas e equipes, que devem ser gradativos e conscientes, por meio de obtenções de bons resultados com a aliança logística.

Na Etapa de Operação, monitoramento e controle foram mantidos quase todos os processos, com exceção do processo 2, por apresentarem se necessários para administrar e controlar os fluxos e recursos materiais, humanos, financeiros entre outros, para obter os objetivos e benefícios planejados.

Já na Etapa de Encerramento mantiveram-se os dois processos de dissolução da aliança logística entre hospitais por caracterizarem elementos básicos para finalização da relação e desenvolvimento de reflexão sob as lições aprendidas.

Vale salientar que o desenvolvimento da sistemática para orientação do planejamento e operação da aliança logística entre hospitais apresenta-se como um dos principais resultados da tese, a abordar e complementar com especificidades a forma de gestão dessas relações no meio acadêmico e prático da área hospitalar. Além de sistematizar detalhes sobre suas principais características, motivadores, facilitadores, benefícios e dificuldades com o estabelecimento da aliança logística entre hospitais, para auxiliar em seu melhor desempenho.

Apesar do Quadro 32 simplificar alguns processos e outros estarem em espera, o quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística busca apoiar o desenvolvimento mais adequado desses relacionamentos ao contexto que os hospitais estão inseridos, fornecendo uma sequência que instigue os gestores a refletirem pela

busca de um caminho estratégico, que contribuam com a eficiência e a eficácia de seus processos organizacionais e gestão, e agreguem valor aos serviços prestados aos pacientes.

6 Considerações finais

Como destacado na introdução do trabalho os hospitais são de extrema relevância para o bem estar e saúde da população, e enfrentam uma crescente pressão para melhor uso dos recursos financeiros, por atendimentos com eficiência e qualidade, melhorias nas infraestruturas e formas de gestão. Uma das preocupações mais relevantes é as que ocorrem nos fluxos de materiais médicos e medicamentos, por registrar constantes faltas, elevados custos logísticos e riscos de perdas, caso não sejam armazenados e manuseados adequadamente, o que pode vir a acarretar danos irreparáveis a saúde e bem estar do paciente, e até levar a sua morte. Uma das práticas que está a sobressair como oportunidade estratégica para agregar valor a este tipo de contexto é a aliança logística.

Motivados por essas carências e sob o tema aliança logística, foi elaborada a questão de pesquisa: Como gerir alianças logísticas entre hospitais? Essa pergunta foi respondida por meio da sistematização da revisão de literatura no ambiente empresarial e hospitalar, e do estudo de casos múltiplos em quatro hospitais com foco de atendimento privado e três hospitais com foco de atendimento público. Os resultados permitiram atingir ao objetivo principal de propor uma sistemática para a orientação do planejamento e operação de aliança logística entre hospitais:

- foi realizado o desenvolvimento do quadro referencial teórico sistematizado com base em autores da literatura do ambiente empresarial e hospitalar, que tratavam de processos e procedimentos de planejamento, operação, monitoramento e controle da aliança logística. O que permitiu sistematizar a gestão da aliança logística sob três Fases: Pré-desenvolvimento, Desenvolvimento e Pós-desenvolvimento. E desmembrá-las em quatro Etapas: Iniciação; Planejamento (Planejamento interno e Planejamento conjunto); Operação, monitoramento e controle; e Encerramento.

- foi comparado e analisado o quadro referencial teórico sistematizado, com os dados e informações coletadas nos estudos de caso, para possibilitar a reflexão entre a teoria consolidada e o ambiente real; e

- foram identificadas contribuições ao quadro referencial teórico sistematizado de planejamento e operação da aliança logística entre hospitais, simplificando alguns processos das Etapas de Planejamento e colocando outros processos em espera das Etapas de Iniciação, Planejamento e Operação, monitoramento e controle. Isso para facilitar a adesão e

implementação pelos gestores da área de logística e farmácia hospitalar, que estão envolvidos em uma visão operacional, com baixa formalização e precisam gradativamente evoluir para uma visão e cultura estratégica.

Os objetivos secundários de definir e caracterizar as alianças logísticas, e identificar os motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades no desenvolvimento da aliança logística entre hospitais, também foram atingidos por meio da sistematização de quadros referenciais teóricos com base na literatura empresarial e hospitalar. Para depois compará-los com os dados e informações coletadas das alianças logísticas do estudo de casos múltiplos, e identificar contribuições aos quadros teóricos desses fatores, que destacou:

- as características, motivos e benefícios dos quadros referenciais teóricos sistematizados, foram mantidos os que possuíam ou impulsionavam questões estruturais, financeiras e legais com foco operacional, por apresentar mais a realidade das alianças logísticas entre os hospitais pesquisados;

- os facilitadores do quadro referencial teórico sistematizado foram todos mantidos, como forma de reflexão e ampliação de conhecimento para desenvolvimento da aliança logística entre hospitais, independentemente do foco ser operacional, tático ou estratégico. Porque os facilitadores do quadro de referencial teórico sistematizado podem proporcionar uma visão holística, integrada e harmoniosa ao relacionamento, logo melhor desempenho e resultados aos parceiros; e

- as dificuldades do quadro referencial teórico sistematizado, foram mantidos os que afetam a integração e a transparência da relação, que são: confiança; comunicação de forma clara e eficiente; cultura organizacional diferente; compromisso com os aliados; Lei Nº 8.666/1993; Lei Nº 8.080/1990; e falta de apoio governamental efetivo. Acredita-se que estas dificuldades se não consideradas e planejadas de forma a serem minimizadas ou eliminadas, podem levar ao fracasso ou ao baixo desempenho da aliança logística entre hospitais.

Observou-se que as alianças logísticas do estudo de casos múltiplos possuem foco na área de materiais médicos e medicamentos, motivadas de forma ‘Declarada’ ou ‘Identificada’ a otimizar e obter ganhos no fluxos de materiais, medicamentos e informações quanto a custo, quantidade, tempo, lugar e qualidade, por meio das atividades de partilha de negociações/compras conjunta e empréstimos, trocas e consignações, que influenciam no nível de desempenho da prestação de serviço e no pronto atendimento, consequentemente, no bem estar e saúde do paciente.

Durante o desenvolvimento da pesquisa ocorreram algumas dificuldades, tais como:

- obter a autorização da superintendência, diretoria administrativa ou comitê de ética para a realização da pesquisa, e disponibilidade dos responsáveis pela área de suprimentos/logística e farmácia, para agendar as entrevistas. Após várias ligações e envios de e-mails em um período de oito meses, de dez hospitais selecionados obteve êxito com sete hospitais;
- analisar e adaptar as informações coletadas dos estudos de caso aos quadros referenciais teóricos sistematizados, por apresentar linguagens e especificidades que não estavam ‘Declaradas’ e precisavam ser interpretadas e ‘Identificadas’.

A pesquisa corroborou que apesar da aliança logística ser bastante discutida, principalmente na literatura empresarial, na hospitalar é incipiente. Os hospitais possuem consciência da relevância de desenvolver alianças logísticas para otimização e agregação de valor nos fluxos de materiais, medicamentos, informações, e até pacientes. Mas, acreditam que uma visão operacional da aliança logística seja o suficiente para promoção do bom desempenho da área de logística. Não despertaram que a utilização da aliança logística de forma estratégica pode proporcionar benefícios de inovação, melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de materiais e medicamentos, melhorias contínuas nos processos logísticos, redução de custos, riscos, investimentos entre outros fatores, consequentemente, um melhor sistema de saúde a população.

Isso talvez se deva pela falta de uma literatura robusta e de estudos de caso de sucesso de aliança logística no setor hospitalar. Além de uma cultura organizacional arraigada em uma visão tradicional de gestão hospitalar, que minimiza a visão da logística integrada e estratégica, para um processo operacional, sem grandes contribuições a competência central do hospital, por primar o corpo clínico em favor ao atendimento ao paciente. Esquecem ou minimizam que a atividade central, pode e deve andar juntamente com as atividades de apoio para o bom desempenho organizacional e agregação de valor aos serviços prestados.

Nesse contexto, a pesquisa contribui tanto com a literatura abordando detalhes, novas perspectivas e sistemáticas de planejamento, operação, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades da aliança logística, quanto para sua prática no dia a dia dos hospitais. Possibilita também motivar e auxiliar em um processo reflexivo, e ampliar o conhecimento sobre aliança logística entre hospitais, para aumentar a eficiência e eficácia dos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pacientes.

Os quadros teóricos para sistematização das características, motivos, facilitadores, benefícios e dificuldades contribuíram com o corpo de conhecimento de aliança logística entre hospitais e com os gestores hospitalares, orientando-os nas tomadas de decisões e análise dos fatores que apóiam, impulsionam, restringem, exemplificam, proporcionam resultados e contribuem com o bom desenvolvimento da aliança logística.

Já o quadro teórico para sistematização do planejamento e operação da aliança logística contribui com o desenvolvimento mais coerente em uma linguagem mais simples e didática, que vem a instigar os gestores hospitalares a refletirem sob um viés estratégico ao contexto que estão inseridos, além de auxiliá-los nas tomadas de decisões.

O quadro teórico para sistematização do planejamento e operação da aliança logística apresenta-se de fácil aceitação e utilização nos hospitais com foco de atendimento privado e atividade logística de partilha de negociação e compras conjunta. Observa-se que as Alianças logísticas A2, B2, C2 e D2 passam por todas as fases e etapas, desenvolvendo em quase sua totalidade os processos e procedimentos propostos para a gestão desses relacionamentos. Esses hospitais perceberam que se organizar e planejar adequadamente a atividade logística de compras, unindo suas demandas, pode ganhar não somente em poder de negociação, mas em tempo, custo, qualidade e flexibilidade. Isso talvez se deva, por não necessitar seguir as legislações de compras públicas, possuir indiretamente um viés mais competitivo estratégico para atrair pacientes e ter o envolvimento dos diretores e superintendência.

Os hospitais com foco de atendimento público não partilham a atividade logística de compras conjunta, pela legislação vigente de normas para licitações e contratos da administração pública inibir o desenvolvimento desse tipo de relação. O que faz sugerir aos órgãos competentes, que revisem a legislação para aprimorar os métodos e estratégias de gestão, como a adesão da aliança logística, em prol a um sistema logístico enxuto, mais ágil e flexível para o melhor atendimento da população.

Quanto à atividade logística de partilha para empréstimos, trocas e consignações de materiais médicos e medicamentos, todos os hospitais, independente do foco de atendimento ser privado ou público (este último está engessado pela Lei N° 8.666/1993), não despertaram para necessidade de melhor organizar e planejar esse tipo de modalidade do relacionamento. Talvez pela alta administração não estar diretamente envolvida, e por visualizarem a relação como uma simples troca de favores, de boa vizinhança. Sendo que esse tipo de modalidade ou atividade da aliança logística, demonstrou agilizar o processo de obtenção de insumos, evitar maiores despesas com transações emergenciais com os fornecedores, agregar valor de tempo e

flexibilidade no atendimento ao paciente. Mas, há um caminho de amadurecimento que os hospitais precisam trilhar para visualizarem a aliança logística sob um viés estratégico, integrado e de agregação de valor ao sistema de saúde.

Uma das limitações da pesquisa é que as alianças logísticas foram analisadas somente de um lado do parceiro, não pesquisou todos os membros envolvidos para obter uma perspectiva mais ampla deste tipo de relacionamento, já que este tipo de análise não fazia parte do escopo do estudo. Mas, vale destacar que coincidiu em os Hospitais A, B, C e D se relacionarem entre si em maior grau com uns e menor com outros, para as atividades de empréstimos de materiais médicos e medicamentos, negociação e compra conjunta, o que permitiu confirmar as informações obtidas dos dois lados da aliança logística para estes hospitais.

Outra limitação é que nenhum dos quadros referenciais teóricos sistematizados foram avaliados e implementados em um hospital, ou por profissionais da área. Desse modo, sugere-se que outros estudos avaliem os quadros referenciais teóricos sistematizados com profissionais e especialistas que tenham participado da formação e desenvolvimento de uma aliança logística entre hospitais, para que possam aprimorar as informações contidas neles. Feito isso, sugere-se que implemente o quadro referencial teórico de planejamento e operação para verificar seus pontos fortes e fracos, bem como avaliar o que pode gerar de melhorias e benefícios aos hospitais.

Pode-se realizar pesquisas futuras de alianças logísticas sob uma abordagem quali-quantitativa em diferentes níveis de complexidade dos hospitais (alta, média e baixa), cruzando o foco de atendimento privado e público, tipo de unidade geral e específico, ampliar análise para toda a cadeia de suprimentos e medicamentos, considerando a visão dos fornecedores com os hospitais. Esses estudos são um dos temas relevantes para área de saúde, que possibilitariam maior reflexão, argumentação, negociação e debate de melhorias do sistema de saúde do país, devendo envolver as universidades, governo, hospitais, outras instituições de saúde e a população, que é a maior interessada e afetada pelas carências do setor.

Referências

- AZAM, M.; RAHMAN, Z.; TALIB, F.; SINGH, K.J. (2012). A critical study of quality parameters in health care establishment Developing an integrated quality model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 25, n. 5, p. 387-402.
- BAGCHI, P. K.; VIRUM, H. (1996). European logistics alliances: a management model. **The International Journal of Logistics Management**, v. 7, n. 1, pp. 93-108.
- BALLOU, R. H. (2006). The evolution and future of logistics and supply chain management. **Produção**, v. 16, n. 3, p. 375-386, Set./Dez.
- BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. (2009). **Logística hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Saraiva.
- BARBUSCIA, C. S. (2009). Gestão de suprimentos na administração hospitalar pública. In: LIMA GONÇALVES, E. *et al.* **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva. Cap. 9, p. 196-224.
- BAYRALTAR, E. *et al.* (2008). The role of forecasting on bullwhip effect for E-SCM applications. **International Journal of Production Economics**, v. 113, n. 1, pp.193-204, may.
- BAZZOLLI, G. J. *et al.* (2003). Colaborative initiatives: where the rubber meets the road in community partnerships. **Medical Care Research and Review**, v. 60, n. 4, pp. 63-94.
- BELL, J. (2008). **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- BERNARDO, M.; VALLS, J.; CASADESUS, M. (2012). Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 1, pp. 40-47, Jan.
- BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. A. (2000). Produção científica nos anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção: um levantamento de métodos e tipos de pesquisa. **Produção**, v. 9, n. 2, p. 65-76.
- BEVERLAND, M.; BRETHERTON, P. (2001). The uncertain search for opportunities: determinants of strategic alliances. **Qualitative Market Research: an International Journal**, v. 4, n. 2, pp. 88-99.
- BHATNAGAR, R.; VISWANATHAN, S. (2000). Re-engineering global supply chains: alliances between manufacturing firms and global logistics services providers. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 30, n. 1, pp. 13-34.
- BLANE, D. J. (1990). Health care logistics: back to the future. **Hospital Materiel Management Quartely**, v. 11, n. 4, pp. 57-62.
- BOEX, J. R.; HENRY, R. C. (2001). Principles to guide AHC – community partnerships. **Academy Medicine**, v. 76, n. 2, pp.151-152.
- BOWERSOX, D. J. (1990). The strategic benefits of logistics alliances. **Harvard Business Review**, p. 36-45, Jul/Ago.
- BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J. (2009). **Logística Empresarial: o processo de integração da cadeia de suprimento**. São Paulo: Atlas.
- BOWERSOX, D. J.; CLOSS, D. J.; COOPER, M. B. (2007). **Gestão da cadeia de suprimentos e logística**. Rio de Janeiro: Elsevier.
- BOWERSOX, D. J.; DAUGHERTY, P. J. (1995). Logistics paradigms: the impact of information technology. **Journal of Business Logistics**, Oak Brook, v. 16, n. 1, p. 65-80.
- BREKALO, L.; ALBERS, S.; DELFMANN, W. (2013). Logistics alliance management capabilities: where are they? **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v.43, n.7, pp. 529-543.

- BRONDER, C.; PRITZL, R. (1992). Developing strategic alliances: a conceptual framework for successful co-operation. **European Management Journal**, v. 10, n. 4, pp. 412-421, Dec.
- BROUTHERS, K. D.; BROUTHERS, L. E.; WILKINSON, T. J. (1995). Strategic alliances: choose your partners. **Long Range Planning**, v. 28, n. 3, pp. 18-25, June.
- BURNS, L. R. *et al.* (2000). Impact of HMO market structure on physician-hospital strategic alliances. **HSR: Health Services Research**, v. 35, n. 1, pp.101-132, April.
- BURNS, L. R.; LEE, J. A. (2008). Hospital purchasing alliances: utilization, services, and performance. **Health Care Management Review**. v. 33, n. 3, pp. 203-215, jul-sep.
- BURT, T. (2006). Seeing the future: innovative supply chain management strategies. **Healthcare Executive**, v. 2, n.1, pp.16-21.
- BÜYÜKÖZKAN, G.; FEYZIOGLU, O.; NEBOL, E. (2008). Selection of the strategic alliance partner in logistics value chain. **International Journal Production Economics**, v. 113, n. 1, pp. 148-158.
- CARDWELL, R.; BOLON, D. (1996). Strategic alliances and hospitals: a US perspective, **Journal of Management in Medicine**, v. 10, n. 2, pp.40 – 46.
- CARVALHO, J. C.; RAMOS, T. (2009). **Logística na saúde**. Lisboa: Edições Sílabo.
- CHAO, C. M.; CHENG, B. W. (2012). Factors influencing the future relationship of hospital procurement staff with medical device suppliers. **Social Behavior and Personality**, v. 40, n. 6, pp. 945-958.
- CHENG, E. W. L. *et al.* (2004). Strategic alliances: a model for establishing long-term commitment to inter-organizational relations in construction. **Building and Environment**, v. 39, n. 4, pp. 459-468, Apr.
- CHOW, G.; HEAVER, T. D.; HENRIKSSON, L. E. (1995). Strategy, structure, and performance: a framework for logistics research. **Logistics and Transportation Review**, Vancouver, v. 31, n. 4, p. 285-308, Dec.
- CHRISTOPHER, M. (2007). **Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos: estratégias para a redução de custos e melhoria dos serviços**. São Paulo: Thomson Learning.
- CHU, H. L.; CHIANG, C. Y. (2013). The effects of strategic hospital alliances on hospital efficiency. **The Service Industries Journal**, v. 33, n. 6, pp. 624-635, May.
- CLEMENT, J. P. *et al.* (1997). Strategic hospital alliances: impact on financial performance. **Health Affairs**, v. 16, n. 6, pp. 193-203, nov./dec.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. (2005). **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. Tradução Lucia Simonini. 2 ed. Porto Alegre: Bookman.
- CONRAD, A.; SHORTELL, M. (1996). Integrated health systems: promise and performance. **Frontiers of Health Services Management**. Ann Arbor, v. 13, n. 1, p. 3-40, Fall.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. (2003). **Métodos de pesquisa em administração**. 7 ed. Porto Alegre: Bookman.
- CÓRDOVA, F. *et al.* (2012). A proposal of logistic services innovation strategy for a mining company. **Journal of Technology Management & Innovation**, v. n. 1, pp. 175-185.
- CORSO, J. M. D.; SILVA, W. V.; SANDRINI, G. (2005). Alianças estratégicas e vantagem competitiva: uma visão analítica da cadeia de fornecedores. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 12, n. 4, pp. 17-31, out/dez.
- COUNCIL of Supply Chain Management Professionals - CSCMP. (2011). Definition of logistics management. Disponível em: <http://www.cscmp.org/website/aboutcscmp/definitions.asp> Acesso em 08 mai. de 2012.

- CUNHA, F. L. S. (2003). A aplicação da aliança logística: estudo de caso em hospitais da Universidade Federal do Ceará. **Revista Cent. Ciência Administrativa**, Fortaleza, v.9, n. 2, pp. 132-151, dez.
- DAS, T. K.; KUMAR, R. (2011). Interpartner negotiations in alliances: a strategic framework. **Management Decision**, v. 49, n. 8, pp. 1235-1256.
- DAUGHERTY, P. J. (2011). Review of logistics and supply chain relationship literature and suggested research agenda. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 41, n. 1, pp. 16-31.
- DAVIS, B.R.; MENTZER, J.T. (2006). Logistics service driven loyalty: an exploratory study. **Journal of Business Logistics**, v. 27, n. 2, pp. 53-73.
- DODOUROVA, M. (2009). Alliances as strategic tools: a cross-industry study of partnership planning, formation and success. **Management Decision**, v. 47, n. 5, pp. 831-844.
- EISEMHARDT, K. M. (1989). Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, pp. 532-550.
- FACHIN, O. (2002). Fundamentos de metodologia. 3 ed. São Paulo: Saraiva.
- FARIA, A. C.; COSTA, M. F. G. (2005). **Gestão de Custos Logísticos**. São Paulo: Atlas.
- FAWCETT, S. E., *et al.* (2007). Information sharing and supply chain performance: the role of connectivity and willingness. **Supply Chain Management: an International Journal**, v. 12, n. 5, pp. 358-368.
- FAWCETT, S. E. *et al.* (2008). Benefits, barriers and bridges to effective supply chain management. **Supply Chain Management: an International Journal**, v. 13, n. 1, pp. 35-48.
- FENG, Z.; XIAO, Z. (2010). Research on small and medium-sized logistics enterprises alliance member selection based on matter-element analysis. **International Conference on Logistics Systems and Intelligent management**, Harbin – China, v.1-3, pp.1418-1421, Jan. 09-10.
- FERREIRA, G. C.; BARCELLOS, M. D. (2006) Vantagens e desvantagens das alianças estratégicas: uma análise sob a ótica dos agentes da cadeia produtiva da carne bovina. **Organizações Rurais e Agroindustriais**, Lavras, v. 8, n. 1, pp. 117-130.
- FINCHMAN, R. G.; KOHLI, R.; KRISHNAN, R. (2011). The role in information systems in healthcare: current research and future trends. **Information Systems Research**, v. 22, n. 3, pp. 419-428.
- FRANKEL, R.; WHIPPLE, J. S.; FRAYER, D. J. (1996). Formal versus informal contracts: achieving alliance success. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 26, n. 3, pp. 47-64.
- GASTALDI, L. *et al.* (2012). Performance improvement in hospitals: leveraging on knowledge asset dynamics through the introduction of an electronic medical record. **Measuring Business Excellence**, v. 16, n. 4, pp. 14-30.
- GENTRY, J. J. (1996). Carrier involvement in buyer-supplier strategic partnerships. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 26, n. 3, pp.14-25.
- GIL, A. C. (2007). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- GNANLET, A.; CHOI, H. P. (2014). Impact of non-homogenous distributo's preferred allocation on shortages in hospitals. **Management Decision**, v. 52, n. 3, pp. 624-641.
- GREENE, J. (1995). Alliances have a new strategy. **Modern Healthcare**, v. 25, n.28, pp. 47-50, July.
- GREGORY, D. (1992). Strategic alliance between physicians and hospitals in multihospital systems. **Hospital & Health Services Administration**, v. 37, n.2, pp.247-58.

- GULATI, R. (1998). Alliances and networks. **Strategic Management Journal**, v. 19, n. 4, pp. 293-317, April.
- HACKETT, M. C. (1996). Are there alternatives to merger? **Health Manpower Management**, v. 22, n. 5, pp. 5-12.
- HEIMERIKS, K. H.; DUYSTERS, G. (2007). Alliance capability as a mediator between experience and alliance performance: an empirical investigation into the alliance capability development process. **Journal of Management Studies**, v. 44, n. 1, pp. 25-49, Jan.
- HUANG, W.; ZHAO, H.; HUANG, L.; DU, W. (2011). Evaluation and selection of the strategic alliance partner of port logistics based on the unascertained set. **International Conference on Materials Science and Engineering Science: Advanced Materials Research**, Schenzhen – China, v.179-180, parte 1-2, pp. 746-750, dec. 11-12.
- JARRETT, P.G. (1998). Logistics in the healthcare industry. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 28, n.9/10, pp.741-72.
- JIANMIM, T. (2010). The study of logistics alliance formation mechanisms. **IEEE International Conference on Software Engineering and Service Sciences (ICSESS)**, 2010, Pequim, pp. 718-720, 16-18 July.
- KALE, P.; SINGH, H. (2009). Managing strategic alliances: what do we know now, and where do we go from here? **Academy of Management Perspectives**, v. 23, n.3, pp. 45-62, August.
- KETCHEN, D. J. J.R. *et al.* (2008). Best value supply chains: a key competitive weapon for the 21 st century. **Business Horizons**, v. 51, n. 3, pp. 235-243.
- KIM, S. W. (2007). Organizational structures and the performance of supply chain management. **International Journal of Production Economics**. Amsterdam, v. 106, n. 2, p. 323-345, Apr.
- KOPCZAK, L. R. (1997). Logistics partnerships and supply chain restructuring: survey results from the US computer industry. **Production and Operations Management**, v. 6, n.3, pp. 226-247.
- LA FORGIA, G.; HARDING, A. (2009). Public-Private Partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. **Health Affairs**, v. 28, n. 4, pp. 1114-1126.
- LAMBERT, D. M.; COOPER, M.C. (2000). Issues in supply chain management. **Industrial Marketing Management**, v. 29, p. 65-83.
- LAMBERT, D. M.; EMMELHAINZ, M. A.; GARDNER, J. T. (1996). Developing and implementing supply chain partnerships. **The International Journal of Logistics Management**, v. 7, n. 2, p. 1-17.
- LANGABEER II, J. R. (2008). **Health Care Operations Management: a quantitative approach business and logistics**. Sudbury: Jones and Bartlett.
- LANGHOFF, C. C.; REMIGIO, A. S. (2012). Colaboración entre atención primaria de salud y hospitales terciarios: un modelo rentable de investigación integral. **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 138, n. 11, pp. 480-482.
- LAPIERRE, S. D.; RUIZ, A. B. (2007). Scheduling logistic activities to improve hospital supply systems. **Computers & Operations Research**, v. 34, pp. 624-641.
- LAZARUS, I.R. (1993). Combining service marketing and strategic alliance in health care. **Health Care Strategic Management**, v. 11, n.11, pp.14-17.
- LEATT, P.; BARNSLEY, J. (1994). Physicians in health-care management – strategic alliances and relationships between organizations. **Canadian Medical Association Journal**, v. 151, n. 6, pp. 763-767.
- LEI Nº 8.666, de 21 de junho de 1993. **Normas para licitações e contratos da Administração Pública**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8666-21-junho-1993-322221-normaatualizada-pl.pdf> Acesso: 26/12/12

- LIMA GONÇALVES, E. *et al.* (2009). **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva.
- LIU, Z.; LAI, M.; LI, L. (2009) Analysis on stability of regional logistics enterprises alliance. **International Conference on Electronic Commerce and Business Intelligence**, Beijing – China, pp. 476-470, June 06-07.
- LONDOÑO, G. M. (2003). O universo do hospital. In: LONDOÑO, G. M. *et al.* **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. III, p. 09-12.
- LOWENBERG, D. A. (2010) A “new” view on “traditional” strategic alliances’ formation paradigms. **Management Decision**, v. 48, n. 7, pp.1090 - 1102.
- LU, J. F. R.; TSAI, T.; LIU, S. P. (2011). Building a hospital alliance – Taiwan Landseed Medical Alliance. **Asian Case Research Journal**, v. 15, n. 1, pp.123-148.
- MACHLINE, C. (2011). Cinco décadas de logística empresarial e administração da cadeia de suprimentos no Brasil. . **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 51, n. 3, maio/jun., p. 227-231.
- MANDAL, P.; LOVE, P. E. D.; IRANI, Z. (2003). Pre-alliance planning: development of an information system infrastructure to support strategic alliance activities. **Management Decision**, v. 41, n. 2, pp. 132-140.
- MANTOURA, P.; GENDRON, S.; POTVIN, L. (2007). Participatory research in public health: creating innovative alliances for health. **Health & Place**, v. 13, n. 2, pp.440-451, june.
- MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. (2007). **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas.
- McCUE, M. J.; CLEMENT, J. P.; LUKE, R. D. (1999). Strategic hospital alliances: do the type and market structure of strategic hospital alliances matter? **Medical Care**, v. 37, n. 10, pp. 1013-1022, oct.
- McCUTCHEN JR., W. W.; SWAMIDASS, P. M.; TENG, B. S. (2008). Strategic alliance termination and performance: the role of task complexity, nationality, and experience. **Journal of High Technology Management Research**, v. 18, n. 2 pp. 191-202, may.
- McMULLAN, A. (1996). Supply chain management practices in Asia Pacific today. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 26, n. 5, pp. 79-95.
- MEDICI, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira [online]**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.149-156.
- MEHTA, R.; POLSA, P.; MAZUR, J.; XIUCHENG, F.; DUBINSKY, A. J. (2006). Strategic alliances in international distribution channels. **Journal of Business Research**, v. 59, n. 10, pp. 1094-1104.
- MENTZER, J.T.; FLINT, D.J.; HULT, T. (2001), Logistics service quality as a segmentation-customized process. **Journal of Marketing**, v. 35, n. 4, pp. 82-104.
- MIGUEL, P. A. C. (2007). Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 216-229, Jan./Abr.
- MIGUEL, P. A. C. *et al.* (2010). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier.
- MIRANDA, G. J. *et al.*(2007). Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista Contabilidade e Finanças [online]**, São Paulo, v. 18, n.44, p. 33-43, maio./ago.
- MOORE, K.R. (1998) Trust and relationship commitment in logistics alliances: a buyer perspective. **International Journal of Purchasing and Materials Management**, v. 34, n. 4, pp.25-37, Dec.
- MOORE, K. R.; CUNNINGHAM III, W. A. (1999). Social exchange behavior in logistics relationships: a shipper perspective. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 29, n 2, pp. 103-121.

- MOSADEGHRAD, A. M. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n. 2, pp. 147-173.
- MORRISSEY, J. (2014). Strategic IT alliances: independent hospitals tap into the benefits of scale by forming regional coalitions. **Trustee: the journal for hospital governing boards**, v. 67, n. 2, pp. 8-12, February.
- MURRAY, T. A.; JAMES, D. C. (2012). Evaluation of an academic service partnership using a strategic alliance framework. **Nursing Outlook**, v.60, n. 4, pp. E17-E22, July.
- NELSON, J. C.; RASHID, H.; GALVIN, V. G.; ESSIEN, J. D. K.; LEVINE, L. M. (1999b). Public/Private partners – key factors in creating a strategic alliance for community health. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 16, n. 3, pp. 94-102
- NELSON, J. C.; RASKING-HOOD, C.; GALVIN, V. G.; ESSIEN, J. D. K.; LEVINE, L. M. (1999a). Positioning for partnerships – assessing public health agency readiness. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 16, n. 3, pp. 103-117.
- NOVOTNY J.M.; DONAHUE, M.; BHALLA, B. B. (2004). The clinical partnership as strategic alliance. **Journal Professional Nursing**, v. 20, n. 4, pp. 216-221, july.
- PAN, Z. X.; POKHAREL, S. (2007). Logistics in hospitals: a case study of some Singapore hospitals. **Leadership in Health Services**, v. 20, n. 3, pp. 195-207.
- PEREGRINE, M. W. (1997). Creative alliance offer alternatives to corporate mergers. **Healthcare Financial Management**, Chicago, v. 51, n. 1, pp. 52-55, jan.
- PONTES, A. T. *et al.* (2008). A utilização de indicadores de desempenhos no setor de suprimentos hospitalares. In: **CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO**, 4, Niterói. Anais... Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Rio de Janeiro.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O (2006). **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. (2007). **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Tradução de Cristina Bazan. – Porto Alegre: Bookman.
- POSSA, L. B.; CORTES, S. M. V. (2012). Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do grupo hospitalar Conceição-RS. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, pp. 59-70.
- POULIN, E. (2003). Benchmarking the hospital logistics process: a potential cure for the ailing healthcare sector. **CMA Management**, v. 77, n.1, pp.20-24.
- RATTEN, V. (2004). Learning and information dissemination in logistics alliances. **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, v.16, n. 4, pp. 65-81.
- RHEINECKER, P. (1994). Making strategic alliances work, **Health Progress**, v. 75, n.3, pp.68-72.
- RING, P. S. (2000). The three T's of alliance creation: task, team and time. **European Management Journal**, Los Angeles, v. 18, n. 2, pp.152-163, april.
- ROSSI, G.; PÓVOA, A. (2008). Alianças estratégicas em empresas de médio porte: um estudo no setor de automação industrial automobilística no Brasil. **Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, v. 5, n. 3, pp. 198-212, set/dez.
- ROTTER, T. *et al.* (2012). Methods for the evaluation of hospital cooperation activities. **Systematic Reviews**, v. 1, n. 11, pp. 1-5.
- SAMBASIVAN, M. *et al.* (2013). Factors influencing strategic alliance outcomes in a manufacturing supply chain: role of alliance motives, interdependence, asset specificity and relational capital. **International Journal of Production Economics**, v. 141, n. 1, pp. 339-351, Jan.
- SCHAEFER, D. R.; DILLMAN, D. A. (1998). Development of a standard e-mail methodology: results from an experiment, **Public Opinion Quartely**, v. 62, n. 3, pp. 378-397.

- SCHMOLTZI, C.; WALLENBURG, C. M. (2012) Operational governance in horizontal cooperations of logistics service providers: performance effects and the moderating role of cooperation complexity. **Journal of Supply Chain Management**, v.48, n.2, pp. 53-74, April.
- SCHREINER, M.; KALE, P.; CORSTEN, D. (2009). What really is alliance management capability and how does it impact alliance outcomes and success? **Strategic Management Journal**, v. 30, n.13, pp. 1395-1419, july.
- SCOTT, C. M.; THURSTON, W. E. (2004). The influence of social context on partnerships in canadian health systems. **Gender, Work e Organization**, v. 11, n. 5, pp.481-505, sep.
- SHARMA, S.; CHOUDHURY, A. G. (2014). A qualitative study on evolution of relationships between third-party logistics providers and customers into strategic alliances. **Strategic Outsourcing: an International Journal**, v. 7, n. 1, pp. 2-17.
- SIEW-PHAIK, L.; DOWNE, A. G.; SAMBASIVAN, M. (2013). Strategic alliances with suppliers and customers in a manufacturing supply chain: from a manufacturer's perspective. **Asia-Pacific Journal of Business Administration**, v. 5, n. 3, pp.192 – 214.
- SILVA, R. B. *et al.* (2010). **Logística em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- SIMATUPANG, T. M.; SRIDHARAN, R. (2002). The collaborative supply chain. **International Journal of Logistics Management**, v. 13, n. 1, pp. 15-30.
- SLUYTS, K. *et al.* (2011). Building capabilities to manage strategic alliances. **Industrial Marketing Management**, New York, v. 40, n. 6, pp.875-886.
- SMITH, D.; HAIR JR., J. F.; FERGUSON, K. (2014). An investigation of the effect of family influence on commitment-trust in retailer-vendor strategic partnerships. **Journal of Family Business Strategy**, v.5, n.1, pp. 01-12, february.
- SOLESVIK, M. Z.; WESTHEAD, P. (2010). Partner selection for strategic alliances: case study insights from the maritime industry. **Industrial Management & Data Systems**, v. 110, n. 5-6, pp. 841-860.
- SONG, Y. I. (1995). Strategic alliances in the hospital industry: a fusion of institutional and resource dependence views. *In: Annual Meeting of the Academy of Management - Best Papers Proceedings*, Vancouver, Canada, pp.271-275, aug.
- STANK, T. P.; DAUGHERTY, P. J. (1997). The impact of operating environment on the formation of cooperative logistics relationships. **Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review**, v. 33, n. 1, pp.53-65, mar.
- STILES, R. A.; MICK, S. S.; WISE, C. G. (2001). The logic of transaction cost economics in health care organization theory. **Health Care Management Review**, v. 26, n. 2, p. 85-92.
- STOCK, G. N.; GREIS, N. P.; KASARDA, J. D. (2000). Enterprise logistics and supply chain structure: the role of fit. **Journal of Operations Management**, Amsterdam, v. 18, n. 3, p. 531-547.
- STRONG, J. W. (1995). Effective alliance – hospital partnering: beyond price. **Hospital Materiel Management Quarterly**, Westchester, v. 16, n. 3, pp. 5-9, fev.
- TAUHATA, T. L.; MACEDO-SOARES, T. D. V. A. (2004) Redes e alianças estratégicas no Brasil: caso CVRD. **RAE-Eletrônica**, v. 3, n. 1, pp. 2-23, jan/jun.
- TRINH, H. Q.; BEGUN, J. W.; LUKE, R. D. (2010). Better to receive than to give? Interorganizational service arrangements and hospital performance. **Health Care Management Review**, v. 35, n. 1, pp. 88-97, jan. - mar.
- TRKMAN, P. *et al.* (2007). Process approach to supply chain integration. **Supply Chain Management: an International Journal**, v. 12, n. 2, pp.116-128.

- TSAI, S.-I.; DING, H.-b.; RICE, M. P. (2008). The effectiveness of learning from strategic alliances: a case study of the Taiwanese textile industry. **International Journal of Technology Management**, v. 42, n. 3, pp. 310-328.
- VANVACTOR, J. D. (2012) Strategic health care logistics planning in emergency management. **Disaster Prevention and Management**, v. 21, n. 3, p. 299-309.
- VAVALA, D. (1994). Strategic alliances: partnerships with a purpose. **Physician Executive Journal**, v. 20, n. 11, pp. 3-9, nov.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839.
- VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. (2002). Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, pp. 195-219.
- WALLENBURG, C. M.; SCHÄFFLER, T. (2014). The interplay of relational governance and formal control in horizontal alliances: a social contract perspective, **Journal of Supply Chain Management**, v.50, n.2, pp. 41-58, April.
- WEN, Y.; PENG, J.; TONG, P. (2013). Research on the strategic alliance between hospitals and suppliers based on evolutionary game theory. **International Asia Conference on Industrial Engineering and Management Innovation: Core Areas of Industrial Engineering, IEMI, Proceedings**, pp.1215-1224.
- WHIPPLE, J.M.; FRANKEL, R. (2000). Strategic alliance success factors. **Journal of Supply Chain Management**, v. 36, n. 3, pp. 21-28, june.
- WONG, Y. Y.; MAHER, T. E.; NICHOLSON, J. D. GURNEY, N. P. (2000). Strategic alliances in logistics outsourcing Asia Pacific. **Journal of Marketing and Logistics**, v. 12, n. 4, pp. 3-21.
- WOO, Y. Y.; HSU, S. L.; WU, S. (2001). An integrated inventory model for a single vendor and multiple buyers with ordering cost reduction. **International Journal Production Economics**, v. 73, n.3, pp. 203-215, october.
- XU, T. J.; SMITH, N. J.; BOWER, D. A. (2005). Forms of collaboration and project delivery in Chinese construction markets: probable emergence of strategic alliances and design/build. **Journal of Management in engineering**, v. 21, n. 3, pp. 100-109, jul.
- YARBROUGH, A. K.; POWERS, T. L. (2006). A resource-based view of partnership strategies in health care organizations. **Journal of Hospital Marketing & Public Relations**, v. 17, n. 1, pp. 45-65.
- YAZDANPARAST, A.; MANUIJ, I.; SWARTZ, S.M. (2010). Co-creating logistics value: a service-dominant logic perspective. **The International Journal of Logistics Management**, v 21, n. 3, pp.375 - 403.
- YIN, R. K. (2005). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.
- YING, W.; YAN-PING, L. (2007). Research on the evaluation and selection partner in logistics strategic alliance based on AHP-TOPSIS. **International Conference on Management Science & Engineering**, Harbin – China, v.1-3, pp.947-952, Aug. 20-22.
- YOUNG, D. W. *et al.* (2001). Value-based partnering in health care. **Benefits Quarterly**, v. 17, n. 2, pp. 18-25, Second Quarter.
- ZAHNER, S. J. (2005). Local public health system partnerships. **Public Health Reports**, v. 120, n.1, pp. 76-83, jan./feb.
- ZINN, W.; PARASURAMAN, A. (1997). Scope and intensity of logistics-based strategic alliances: a conceptual classification and managerial implications. **Industrial Marketing Management**, New York, v. 26, n. 2, pp. 137-147.
- ZUCKERMAN, H.S.; D'ANNUNO, T. (1990). Hospital alliances: cooperative strategy in a competitive environment, **Health Care Management Review**, v. 15, n.2, pp.21-30.

ZUCKERMAN, H.S; KALUZNY, A.D. (1991). Strategic alliances in health care: the challenges of cooperation. **Front Health Service Management**, v. 7. n. 3, pp. 3-23.

ZUCKERMAN, H.S; KALUZNY, A.D.; RICKETTS, T.C. (1995). Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know. **Health Care Management Review**, v. 20, n.1, pp.54-64.

APÊNDICE A – E-mail de apresentação da pesquisa

Ao Hospital ...

A/C Sr. ...

Prezado,

Sou aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Engenharia de Produção, da Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo (EESC/USP). O objeto de estudo de minha tese são as **alianças entre Hospitais**, com um recorte específico para a área de logística hospitalar.

Vimos solicitar a competente autorização para contarmos com a vossa renomada Instituição em nossa base de investigação. Para tanto, tomamos a liberdade de enviar-lhes a **primeira etapa** da coleta de dados, visando à **identificação das alianças formais** (por meio de contratos e documentação pertinente) ou **informais** (por meio de acordos verbais), que mantêm com outros Hospitais. Estas informações podem ser preenchidas diretamente no quadro a seguir e enviadas neste mesmo email como resposta.

Nome do Hospital parceiro¹	Foco da parceria (principal motivação ou atividade envolvida) ²	Contato do principal Gestor da parceria (nome, função e contato - email ou telefone) ³

Informações para auxiliar no preenchimento do quadro: **1) Nome do hospital parceiro:** descrever o nome completo dos hospitais parceiros. A parceria não necessariamente precisa estar formalmente estabelecida, ou seja, formalizada via contratos ou outro tipo de documentação, deseja-se incluir parcerias informais que podem ser realizadas por meio de acordos verbais entre as instituições; **2) Foco da parceria:** refere aos processos, atividades e serviços compartilhados ou desenvolvidos de forma colaborativa pela aliança, por exemplo: uso comum de equipamentos de diagnósticos; compras conjuntas de medicamentos e materiais padronizados; armazenagem, gestão de estoques e contratação de serviços de transportes de pacientes colaborativos; troca de serviços de especialidades médicas e profissionais; gestão de contratos de terceiros, tais como serviços de limpeza, lavanderia, segurança, nutrição e dietética, sistemas de informação etc.; **3) Gestor da parceria:** quem é o principal profissional responsável em gerir a parceria, citar o nome, função que desempenha no hospital e contato (e-mail ou telefone).

Esperando a aprovação da presente solicitação, cabe-nos informar que a **segunda etapa** da coleta de dados proposta no estudo, é uma **entrevista com os responsáveis pela gestão das parcerias e alianças** indicadas, com duração estimada em uma hora e meia, data e horários a combinar.

Declaramos que os dados e informações coletadas serão de uso restrito e confidencial para o desenvolvimento deste trabalho acadêmico e que será mantido o anonimato das Instituições participantes.

Contando com o apoio de Vossa Senhoria no acolhimento desta solicitação, que terá uma significativa contribuição para a viabilização de nossa pesquisa, colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos e aproveitamos para manifestar a nossa elevada estima e distinto apreço.

Atenciosamente,

Érica Aparecida Araújo
Doutoranda em Engenharia de Produção
Escola de Engenharia São Carlos (EESC-USP)
Fone: (16) 9 9128-5088 E-mail: ericaap@sc.usp.br

Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti
Departamento de Engenharia de Produção
Escola de Engenharia São Carlos (EESC-USP)
Fone: (16) 3373-9383 E-mail: musetti@sc.usp.br

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista e protocolo de pesquisa

Objetivo principal: Propor uma sistemática para a orientação do planejamento e operação de aliança logística entre hospitais.

MÓDULO I - CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

Características	Informações e dados coletados	Objetivo da resposta
1.1 Nome do hospital: _____ 1.2 Endereço: _____ 1.3 Data da fundação (dd/mm/aaaa): ____/____/____ 1.4 Esfera Administrativa e Gestão: _____ 1.5 Natureza da organização: _____ 1.6 Nível de atenção: _____ 1.7 N° de profissionais: Médicos – _____ Residentes – _____ Demais profissionais – _____ 1.8 N° de leitos: _____ 1.9 N° de consultas/mês: _____ 1.10 N° de internações/mês: _____ 1.11 N° de cirurgias/mês: _____ 1.12 N° de Almoxarifados/armazéns: _____ 1.13 N° de farmácias: _____ Farmácias satélites: _____ 1.14 Acreditado/Organização: _____	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES; Sites dos hospitais pesquisados; durante entrevista com os respondentes e área de avaliação de desempenho dos hospitais.	Possibilitar compreensão dos hospitais pesquisados, quanto a porte, proporção e extensão dos fluxos de materiais, medicamentos, informações e pessoas.

MÓDULO II – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ALIANÇA

Questões	Informações e dados coletados	Objetivo da resposta
2.1 A Instituição desenvolve alianças com outros hospitais? Cite três principais alianças. 2.2 Quais as áreas, processos/atividades e serviços envolvidos na aliança? Qual objetivo da relação? 2.3 Há quanto tempo existe a aliança? É formalizada por contratos ou convênios, possui prazo limitado? Com que frequência se relacionam? Há um grau de dependência? Comente um pouco sobre o vínculo que possui com o hospital aliado. 2.4 Conhece as necessidades e requisitos da área de logística do parceiro? Há flexibilidade de adaptação ao parceiro, ou seja, compreensão mútua da necessidade um do outro? 2.5 Que tipo de informações são compartilhadas entre os aliados?	Responsáveis pela área de suprimentos ou logística e farmácia (são eles que planejam e controlam o fluxo de materiais, medicamentos e informações do sistema logístico dos hospitais)	Caracterizar as alianças existentes com foco direto ou indireto na logística desenvolvida pelo hospital, quanto: tipo de relação se é de cooperação ganha-ganha; longo prazo; confiança; arranjo organizacional flexível; partilha que tipo de recursos, processos e atividades etc.

MÓDULO III – PLANEJAMENTO E OPERAÇÃO DA ALIANÇA		
Questões	Informações e dados coletados	Objetivo da resposta
<p>Iniciação</p> <p>3.1 Quais os procedimentos e processos são realizados para decidir desenvolver uma aliança?</p> <p>3.2 Quem decide desenvolver a aliança (área/ator)? Com base em quais motivos essa decisão é tomada (informações/recursos utilizados)? Quanto tempo foi e é gasto para analisar a necessidade ou viabilidade/relevância em se formar a aliança?</p> <p>Planejamento interno</p> <p>3.3 Há uma equipe interna para planejar a aliança (áreas/atores)? Há divisão de tarefas e responsabilidades (quem é responsável pelo que)? Quais os procedimentos e processos são realizados antes do processo de seleção do hospital parceiro?</p> <p>3.4 Quais são os principais critérios para selecionar um hospital aliado?</p> <p>Planejamento conjunto</p> <p>3.5 Há um planejamento em conjunto? Quais os procedimentos e processos são realizados (o passo a passo de planejamento, as áreas e questões planejadas)?</p> <p>Operação, monitoramento e controle</p> <p>3.6 Quais as ações são tomadas para gerir e controlar as operações da aliança? Quais são os principais indicadores utilizados? De quanto em quanto tempo são analisados? Quando os resultados não saem como esperado, quais ações são tomadas?</p> <p>3.7 Quais foram e são as dificuldades em formar e desenvolver uma aliança? E os facilitadores para minimizá-los ou eliminá-los?</p> <p>3.8 Há reuniões e treinamentos conjuntos para gerir e integrar as equipes?</p> <p>3.9 Quais os principais benefícios/resultados da aliança? Eles são iguais entre os parceiros?</p> <p>Encerramento</p> <p>3.10 Quais os procedimentos e processos para se encerrar a aliança?</p>	<p>Responsáveis pela área de suprimentos/ logística e farmácia</p>	<p>Iniciação</p> <p>Compreender quais informações e como é realizado os processos e procedimentos iniciais para desenvolvimento da aliança logística.</p> <p>Planejamento interno</p> <p>Verificar se há e quais são os processos e procedimentos internos para escolher um parceiro e desenvolver uma aliança logística.</p> <p>Planejamento conjunto</p> <p>Analisar se existe e quais os processos e procedimentos são realizados para desenvolver um plano integrado das ações entre os parceiros.</p> <p>Operação, monitoramento e controle</p> <p>Compreender como são a execução e administração dos recursos humanos, financeiros, tecnológicos, materiais etc. Quais as dificuldades, facilitadores e benefícios nesses processos de gestão da aliança logística.</p> <p>Encerramento</p> <p>Identificar como é realizada a dissolução da aliança logística.</p>
MÓDULO IV – CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES		
Questões	Informações e dados coletados	Objetivo da resposta
<ul style="list-style-type: none"> Nome, função; tempo na função; formação acadêmica e contato. 	<p>Responsáveis pela área de suprimentos/ logística e farmácia</p>	<p>Verificar se os respondentes possuem conhecimento acadêmico e experiência da rotina do hospital, para desenvolverem uma boa gestão dos fluxos de materiais, medicamentos, informações e da aliança logística.</p>

ANEXO A – Estrutura Organizacional da ANAHP

Para garantir a maior participação e representatividade dos hospitais membros nas decisões da entidade, bem como a rotatividade das lideranças, foi proposto um modelo de gestão baseado nos princípios de Governança Corporativa, em que há uma clara definição sobre as responsabilidades entre a Assembleia Geral, o Conselho de Administração, a Diretoria Executiva e a Administração Geral. Esse modelo, orientado a processos, proporciona maior clareza nos critérios de elegibilidade da entidade, e otimiza o envolvimento e a participação nas atividades desenvolvidas pela Anahp.

O Conselho de Administração da Anahp é composto por representantes de cada uma das regiões e nas proporções listadas abaixo:

Região I	Estados das Regiões Norte e Nordeste	1 conselheiro
Região II	Estados de Minas Gerais e Espírito Santo	1 conselheiro
Região III	Estado do Rio de Janeiro	1 conselheiro
Região IV	Estado de São Paulo	4 conselheiros
Região V	Estados da Região Centro-Oeste e DF	1 conselheiro
Região VI	Estados da Região Sul	1 conselheiro

Na estrutura organizacional é possível observar que a Assembleia Geral, órgão soberano e de deliberação da Anahp, demanda ao Conselho de Administração a busca dos três pilares estratégicos:

O Conselho de Administração é o órgão executivo das deliberações sociais, responsável pelo cumprimento de todas as diretrizes e políticas traçadas pela Anahp. O Conselho de Administração, através da figura do seu Presidente, delibera junto ao Diretor Executivo o alinhamento das ações e políticas planejadas. A Diretoria Executiva tem sob sua liderança e orientação uma estrutura de Administração Geral que coordena e executa as diversas atividades, por meio de uma metodologia matricial para o apoio aos Programas, Grupos de Trabalho, Produtos e Serviços.

Disponível em: <http://anahp.com.br/a-anahp/sobre-a-anahp/estrutura-organizacional> Acesso: 10/09/2014.