Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Departamento de Administração

NÁYRA LEITE GOMES

DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO GERENCIAL DE ABASTECIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: um estudo sob a abordagem da inovação administrativa

Brasília – DF
2013

NÁYRA LEITE GOMES

DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO GERENCIAL DE ABASTECIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: um estudo sob a abordagem da inovação administrativa

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professora Orientadora: Prof. Dra. Josivania Silva Farias

Brasília – DF

2013

Gomes, Náyra Leite.
Descentralização do Processo Gerencial do Abastecimento do Hospital Regional de Ceilândia: um estudo sob a abordagem da Inovação Administrativa / Náyra Leite Gomes. – Brasília, 2012.
89 f. : il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2012.
Orientadora: Doutora, Josivania Silva Farias, Departamento de Administração.

1. PDPAS. 2. Gestão Hospitalar. 3. Inovação. I. Título.

NÁYRA LEITE GOMES

DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO GERENCIAL DE ABASTECIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: um estudo sob a abordagem da inovação administrativa

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília da aluna

Náyra Leite Gomes

Doutora, Josivania Silva Farias
Professora-Orientadora

Doutora, Patrícia Guarnieri dos Santos
Professora - Examinadora

Doutora, Doriana Daroit
Professora - Examinadora

Brasília, 20 de fevereiro de 2013

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo deve-se fundamentalmente a Deus, à colaboração de minha orientadora, de todos os entrevistados que contribuíram para a realização do estudo de caso, de amigos e de minha família, fonte de todo o apoio com o qual sempre pude contar. Meus agradecimentos:

- A Deus, meu tudo, por me fortalecer nos momentos mais difíceis;
- A Ceuma e Valdemar, meus pais, por acreditarem na minha capacidade; por sempre me encorajarem todo tempo a não desistir de meus objetivos; por me suportar em minhas chatices, minhas crises de enxaqueca e em meus momentos de “querer ficar sozinha, não me incomodem”. Eu amo vocês!
- À Universidade de Brasília pelo suporte acadêmico;
- À professora Josivania Silva Farias, minha orientadora, por suas colaborações e pela disposição em auxiliar-me quando necessário;
- Aos entrevistados que gentilmente contribuíram para a realização deste estudo;
- Ao Sérgio Bezerra, Administrador do HRC, pela receptividade e colaboração nas entrevistas;
- À Isadora Vergara, por algumas orientações “grátis”; pelo exemplo e inspiração em vários momentos; e por me lembrar de que tudo daria certo no final;
- Aos colegas de trabalho do CRMDF: Viviane Aquino, pelas orientações e conselhos em momentos de ansiedade e desespero; Dra. Imara Schettert pela colaboração no início deste estudo e todos os que sempre meu deram força nos momentos em que precisei;
- Ao Gedaías Eloi Brandão, amigo muito especial, pelas consultorias grátis em informática e pela sua pronta disposição em auxiliar-me sempre que possível.

"O sábio nunca diz tudo o que pensa, mas pensa sempre tudo o que diz." Aristóteles.

RESUMO

Este estudo considera a implantação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde (PDPAS) da Secretaria do Estado de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) como instrumento para o surgimento de inovações e tem por objetivo identificar melhorias no processo gerencial de abastecimento a partir da adoção deste programa. Trata-se de um estudo de caso, com a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de perfis estratégico e técnico no Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Para alcançar o objetivo proposto, foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários, coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, indicaram a percepção dos profissionais do HRC sobre o programa. Os dados secundários, obtidos por meio de Leis, Manuais, Decretos, entre outros, possibilitaram identificar os dados documentais sobre a motivação e implantação deste novo modelo gerencial para o ramo hospitalar. As inovações identificadas são analisadas à luz dos modelos da teoria de inovações e sob a abordagem da inovação administrativa. A análise dos dados foi norteada pelo método de análise de conteúdo. Os resultados apontam surgimento de inovações na implantação do Programa, nas rotinas e processos dos profissionais e na distribuição de insumos para todos os setores do Hospital em estudo. Possíveis explicações para os resultados são oferecidas no final do estudo, bem como indicações de pesquisas futuras sobre o tema.

Palavras-chave: 1. PDPAS 2. Gestão hospitalar 3. Inovação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura1- Modelo dos estágios do processo de difusão e adoção da inovação..... 30

Figura 2 - Mapa de repasses pela SES/DF..... 54

Figura 3 - Fluxo de funcionamento do PDPAS no HRC.....55

Figura 4 - Ideia da Implantação do PDPAS..... 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Fatores significativos na adoção de inovações administrativas.....34

Quadro 2- apresentação dos entrevistados selecionados para o estudo.....40

Quadro 3- perfil dos entrevistados.....41

Quadro 4- resumo dos documentos governamentais utilizados na pesquisa documental.....43

Quadro 5- etapas da pesquisa.....45

Quadro 6- quadro-resumo das opções metodológicas do estudo.....47

Quadro7 - Valor da verba repassada no ano de 2011 no HRC.....57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFM- Autorização de Fornecimento de Material

AIS - Ações Integradas de Saúde

DGS – Diretorias Gerais de Saúde

FSDF – Fundo de Saúde do Distrito Federal

HRC – Hospital Regional da Ceilândia

PDPAS – Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEx – Unidades Executoras

URD – Unidades de Referência Distrital

TDI - Teoria da Difusão de Inovação

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....7

LISTA DE QUADROS.....8

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....9

SÚMARIO.....10

1 INTRODUÇÃO.....12

1.1 Contextualização..... 13

1.2 Formulação do problema.....14

1.3 Objetivo Geral.....15

1.4 Objetivos Específicos.....16

1.5 Justificativa.....16

2 REFERENCIAL TEÓRICO.....18

2.1 O processo gerencial de abastecimento em organizações hospitalares.....17

2.2 Procedimentos de gestão de suprimentos em hospitais e a lei 8.666/93.....20

2.3 A descentralização administrativa no processo de gestão.....24

2.4 Uma visão geral sobre inovação.....27

2.5 A Abordagem da inovação administrativa.....31

2.6 Estudos recentes sobre o tema.....34

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....37

3.1Tipo e descrição geral da pesquisa.....37

3.2 Caracterização da organização hospitalar *lócus* do estudo.....38

3.3 Sujeitos do estudo.....40

3.4 Procedimentos de coleta de dados e instrumentos da pesquisa.....41

3.4.1 Coleta de dados.....42

3.5 Procedimentos de análise das evidências empíricas.....46

3.5.1 Técnica de análise das evidências empíricas da pesquisa.....45

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 48

4.1 O Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde- PDPAS....48

4.2 O Fluxo de funcionamento do PDPAS no HRC.....54

4.3 Processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC 56

4.4 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica de gestores estratégicos e 62

4.4.1 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica de gestores estratégicos.....62

4.4.1 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica de gestores estratégicos.....62

4.4.2 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica das chefias intermediárias 65

4.5 Possíveis Inovações verificadas a partir da implantação do Programa no HRC, à luz da literatura.....67

4.5.1 Inovações verificadas sob a ótica dos gestores estratégicos.....67

4.5.2 Inovações verificadas sob a ótica das chefias intermediárias.....73

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....76

5.1 Limitações do estudo.....77

5.2 Sugestões de estudos futuros..... 77

REFERÊNCIAS.....81

APÊNDICES.....87

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....87

Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturado: nível Estratégico do HRC 88

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturado: nível Intermediário do HRC... 89

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa analisou o processo gerencial de abastecimento do HRC, apoiado no Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS). Mais precisamente, foi estudado como ocorreu a implantação desse Programa na administração do hospital em estudo, quais as melhorias verificadas no processo decisório a partir da reestruturação do Sistema de Abastecimento com a implantação do PDPAS, através da introdução de novas práticas e da descentralização das decisões e dos recursos; e como isso impacta na gestão do hospital em estudo.

Esta monografia está estruturada de acordo com as seguintes seções: introdução; referencial teórico; métodos e técnicas de pesquisa; resultados e discussão; e conclusões e recomendações. Este capítulo engloba o contexto da pesquisa, as referências teóricas consideradas, a implantação do PDPAS como ponto de passagem obrigatória do objeto de estudo, que corresponde às melhorias no processo gerencial de abastecimento a partir da adoção do PDPAS, em uma abordagem de inovação, a descrição e caracterização da organização, lócus da pesquisa, as questões norteadoras, os objetivos geral e específico, o problema da pesquisa e a justificativa e contribuição.

1.1 Contextualização

Este trabalho articula o estudo de inovação com a implantação de um programa, mediante a reestruturação do Sistema de Abastecimento no HRC. A difusão de inovações abrange genericamente uma gama de atividades relativas à propagação de novos produtos, tecnologias, processos, ideias, comportamentos etc. O tema ganhou impulso no Brasil em meados da década de 1990, quando as iniciativas de inovação derivadas dos convênios, intercâmbios e parcerias que até então se desenvolviam entre empresas, governos, universidades, incubadoras e instituições de pesquisa começaram a requerer maior circulação de informações e de conhecimento.

Segundo Rogers (1995), inovação consiste numa ideia, prática ou bem material de relevante aplicação. De acordo com Schumpeter (1982), as inovações dos meios de produção impulsionaram e mantiveram o capitalismo. A inovação se dá em produtos, serviços, processos, métodos, ideias ou sistemas de gestão. Dessa forma, permite-se afirmar que o conceito de inovação é amplo, envolvendo aspectos comportamentais e agentes de mudanças. Acrescenta-se que a inovação pode ser considerada como uma ideia que é colocada em prática.

Para se criar um ambiente favorável à inovação é preciso se ter em conta que sujeitos inovadores são espontâneos, livres e se divertem com o desafio. Para eles, uma tarefa bem realizada influencia no desempenho da organização. Por isso, buscam uma cultura organizacional igualitária, espaço físico e recursos para desenvolver suas atividades (MACHADO; BARZOTTO, 2012).

Os hospitais são vistos como prestadores de serviços complexos e dinâmicos, capazes de ir além de suas fronteiras institucionais, tornando-se parte de grandes redes de prestação de cuidados de saúde que eles próprios diversificam e dinamizam. Essa abordagem faz com que seja possível entender o modelo de inovação hospitalar para incorporar novas formas de inovação e de novos atores na inovação de processo, de acordo com a abordagem Schumpeteriana (DJELLAL; GALLOUJ, 2005).

Especificamente sobre o ramo hospitalar, setor ao qual a presente pesquisa está circunscrita, a organização de saúde, em sua atividade principal, visa restabelecer e

preservar a saúde de pacientes, bem como utilizar instrumentos eficazes para contribuir com a melhora contínua dos mesmos. Para isso, é preciso planejar, coordenar e integrar os vários fluxos existentes nesse processo.

1.2 Formulação do problema

O foco principal das atividades da rede pública de saúde é a promoção, proteção e recuperação da saúde e novos hábitos para obtenção da qualidade de vida, tentando prestar serviços de qualidade e eficiência à sociedade, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Devido à maior conscientização da população e à situação ainda precária do Sistema de Saúde, há uma demanda crescente por serviços de qualidade e a custos baixos na rede hospitalar. É nesse cenário que iniciativas vêm sendo implementadas a fim de garantir condições de acesso à rede: contratação de pessoal capacitado, adoção de novas tecnologias de informação como forma de reestruturar o sistema, desenvolvimento de ferramentas de gestão, implementação de prontuário eletrônico, formalização de atividades. No geral, são ações pouco conhecidas do público, mas que vêm ganhando força na gestão da saúde no Distrito Federal.

Segundo Pereira (2002), é perceptível para a sociedade e, especialmente, para os usuários do serviço médico-hospitalar que os hospitais precisam estar preparados para cuidar de demandas extremas. Ainda sobre o assunto, Pereira (2002) comenta que a necessidade de se adotar inovações no sistema de logística de qualquer hospital, em última instância, está relacionada com um fato extremamente sensível: da eficiência e da eficácia dessa atividade depende, muitas vezes, a própria vida do paciente.

A falta de profissionais que dominem e possuam habilidades para planejar, executar e analisar todas as atividades de forma integrada culmina em problemas referentes ao armazenamento inadequado, erros de cálculo nos relatórios de entrada e saída de materiais, erros gerados no recebimento, esquecimento e atraso na emissão de documentos relativos à entrada e saída de material e procedimentos de contagem física inadequados.

Esse cenário tem causado transtornos operacionais, tanto para as atividades-fim (serviços médicos, de enfermagem, diagnóstico, entre outros), quanto para as atividades-meio, como é o caso da logística hospitalar interna, responsável pelo abastecimento de medicamentos e de material médico hospitalar.

No atual cenário de mudanças aceleradas nos ambientes produtivo e social a inovação desponta como "palavra de ordem" em organizações dos setores público e privado. As chamadas atividades inovativas passaram a ser consideradas fundamentais para a manutenção do desenvolvimento econômico no sistema capitalista, incluindo a transformação de padrões de vida e a criação de novas tecnologias.

Uma inovação pode ser classificada como tecnológica ou administrativa (WESTHPAL et al., 1997 apud GOMES, 2008). Geralmente, a difusão de inovações tecnológicas entre organizações é mais enfatizada na literatura do que a difusão de inovações administrativas. Um dos motivos para essa preferência é o fato de que, ao contrário das inovações tecnológicas, a definição de inovação administrativa encontra-se aberta a diferentes interpretações, uma vez que esse tipo de inovação pode ser representado por diferentes rotinas, que por sua vez, podem ser combinadas de diferentes maneiras (GOMES, 2008). Entretanto, devido à natureza complexa e diversa do fenômeno da inovação, muitas vezes este é de difícil apreensão e sistematização por pesquisadores.

Diante de tais cobranças, tornou-se imprescindível a proposta deste estudo visando responder aos seguintes questionamentos: houve melhorias no processo gerencial de abastecimento a partir da adoção do PDPAS? As melhorias verificadas podem ser classificadas como inovação administrativa?

1.3 Objetivo Geral

Investigar melhorias no processo gerencial de abastecimento a partir da adoção do PDPAS, em uma abordagem de inovação.

1.4 Objetivos Específicos

1. Verificar os fatores direcionados para a implantação do PDPAS no processo de descentralização no abastecimento hospitalar;
2. Investigar como ocorre o processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC;
3. Descrever o PDPAS a partir de seu fluxo de funcionamento no HRC;
4. Descrever a percepção das chefias estratégicas e intermediárias do programa no HRC a respeito de seus significados e benefícios para a gestão hospitalar;
5. Classificar, à luz da literatura, possíveis inovações verificadas a partir da implantação do Programa no HRC.

1.5 Justificativa

O estudo da descentralização do processo gerencial de abastecimento apoiado no PDPAS torna-se discussão relevante, pois pode ser um avanço, desenvolvendo uma gestão consciente, participativa e descentralizada, na qual o dinheiro público tende a sair da administração central e passar à gestão dos hospitais de forma direta, em longo prazo, em um processo em que a administração central cerca-se mais das ações de planejamento e controle do que das de execução das despesas.

Por se tratar ainda de uma inovação no setor público e, até mesmo por desafiar a possibilidade de extensão interpretativa de aspectos legais e pelo fato de o PDPAS ter pouco tempo de existência é que o tema se torna de fato instigante e motiva a produção bibliográfica.

Espera-se que como contribuição teórica este trabalho amplie o conhecimento sobre inovações no âmbito hospitalar, apoiadas em melhorias ou transformações no processo gerencial de abastecimento. Manter uma estrutura organizacional de atividades tão diversas, dinâmicas e com objetivos tão complexos como as que existem em um hospital não é tarefa simples ou fácil. Logo, espera-se por fim, que este trabalho sirva como orientação para que os gestores hospitalares e usuários do

programa possam entender melhor as inovações em seu contexto e melhorar os processos de mudanças gerenciais e tecnológicas no âmbito organizacional.

Após esta breve introdução, o próximo item trata do referencial teórico da pesquisa com foco na adoção de sistemas de informações na área da saúde e no seu suporte conceitual baseado na difusão e adoção da inovação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo discute aspectos institucionais que caracterizam o processo gerencial de abastecimento em organizações hospitalares; os procedimentos de compras em hospitais em articulação com a lei de licitações - Lei 8666/93. Na sequência, parte-se para a apresentação das teorias de inovação baseando-se em diferentes perspectivas, orientada à discussão de proposições teóricas que fundamentam esta investigação. Nesse sentido, foca-se na abordagem da inovação Administrativa. Têm espaço no presente capítulo, ainda, os estudos mais recentes sobre o tema. Em suma, o capítulo apresenta o marco teórico que orienta o estudo e dá suporte às discussões das evidências empíricas.

2.1 O processo gerencial de abastecimento em organizações hospitalares

De acordo com Araújo, Araújo e Musetti (2011), hospitais são fundamentais para a sociedade devido à sua função socioeconômica e, principalmente, por promover a saúde em todos os sentidos. Mas, possuem várias carências de gestão administrativa e qualidade com maior valor agregado. Os hospitais possuem a função de servir à população promovendo a saúde com completa assistência médica, preventiva, terapêutica e curativa. Sendo fundamentais à comunidade, com grande importância e participação na vida das pessoas, desde o nascimento, durante a vida, por motivos de prevenções, cura de doenças ou males que nos afetam nas mais variadas formas, até a morte.

Para Infante e Santos (2007), uma organização de saúde é um sistema produtivo de atenção à saúde, onde o setor de abastecimento integra-se como subsistema para atender as necessidades de insumos (materiais de consumo) e de equipamentos (materiais permanentes) daqueles que desenvolvem e disponibilizam os produtos, que são os profissionais de saúde. Não só os produtos oferecidos em organizações de saúde são complexos e pressupõem elevada qualificação profissional, mas os

insumos utilizados em sua produção são cada vez mais sofisticados, numerosos e críticos.

Toda organização hospitalar, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial (MACHADO; BARZOTTO, 2012).

A ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade do atendimento têm fortalecido a importância de uma gestão mais efetiva sobre os recursos do setor e a qualidade do atendimento. Para Borba e Francisco Neto (2008), a natureza do ambiente em que a organização está inserida é quase sempre conceituada como algo a ser adaptado ou controlado. Dessa forma, a organização pode adaptar sua estrutura, seu sistema de informações, seus modelos administrativos e de relações humanas, sua tecnologia, seus produtos, seus valores e suas normas ou pode, ainda, adaptar sua definição de ambiente.

Segundo Gonçalves (1998), os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais. As modificações observadas buscaram sempre a racionalização dos esforços humanos, procurando atingir os objetivos definidos inicialmente. Para tanto, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial.

As atividades de atenção à saúde são atividades complexas, assentadas sobre uma cadeia produtiva que incorpora sequências de ações definidas para a geração de seus produtos (os chamados “procedimentos”). Cada procedimento demanda um *mix* específico de insumos (bens) e processos de trabalho (serviços), cuja composição pode variar entre diferentes organizações e até segundo os diferentes tipos de pacientes e profissionais de uma mesma organização. Não só os produtos oferecidos em organizações de saúde são complexos e pressupõem elevada qualificação profissional, mas os insumos utilizados em sua produção são cada vez mais sofisticados e numerosos (INFANTE; SANTOS, 2007). Segundo esta ótica, na visão ampliada da cadeia de suprimentos, uma cadeia produtiva abrange desde o desenvolvimento de um produto (que, nas atividades de atenção à saúde, corresponderia à introdução de um novo processo de trabalho e seus insumos

correspondentes), passando pelo fornecedor de insumos, até a efetiva oferta do produto ao mercado consumidor.

Para Infante e Santos (2007), o sistema de abastecimento é composto por quatro subsistemas: planejamento, controle, guarda e distribuição e compras. O subsistema de planejamento está ligado às tarefas de seleção, especificação e incorporação de novos materiais e sobre ele incidiam as primeiras intervenções preconizadas na metodologia. O subsistema de controle é o responsável por acompanhar e valorar estoques. Ao subsistema de guarda e distribuição cabe receber, conferir, estocar de forma organizada e distribuir internamente os materiais, enquanto o subsistema de compras é o responsável pela aquisição de materiais. A equipe do subsistema de compras deve ter um bom conhecimento do mercado de materiais, cabendo-lhe organizar o cadastro de fornecedores, elaborar editais e implantar as formas mais eficientes disponíveis de adquirir materiais.

Para Gonçalves (2006) existem exceções que permitem adquirir materiais e medicamentos em circunstâncias excepcionais. Em caso de urgência, o suprimento de medicamentos poderá ser efetuado por meio de remanejamento entre os hospitais da rede, a título de empréstimo. Já no caso de emergência a aquisição poderá ser efetuada por meio de compra no local, utilizando recursos do caixa existente, com autorização dentro dos limites e competências estabelecidos. Assim, todas as aquisições e suprimentos de materiais e medicamentos necessários hospital devem sempre ser efetuados pelas áreas responsáveis internas no caso de hospitais e externas no caso de secretarias de saúde. Os pedidos de suprimentos devem ser aprovados por pessoas credenciadas de acordo com as delegações em vigor.

Com isso, é importante estabelecer uma política de aquisição, com diretrizes claras, para dar agilidade ao processo e evitar irregularidade no abastecimento. Nesse contexto um dos temas que estão a sobressair na dinâmica da gestão empresarial é a logística, no que tange ao procedimento de compras na administração hospitalar. A seguir é apresentada a construção teórica sobre procedimentos de compras em hospitais e a Lei 8666/93.

2.2 Procedimentos de gestão de suprimentos em hospitais e a Lei 8.666/93

Os hospitais são organizações complexas e resguardam diferenças com relação à indústria manufatureira ou varejista, de onde provém grande parte da literatura sobre gestão de compras. A análise da gestão de compras/suprimentos mostra como ocorrem as relações com fornecedores, proporcionando subsídios para melhor entendimento das relações entre os elos da cadeia de valor (OKAZAKI, 2006).

Para Dalarmi (2010), a gestão de suprimentos em hospitais públicos vem se tornando uma tarefa das mais complexas e vai além da burocracia. Administrar é gerir com ênfase nos recursos humanos, no conhecimento teórico e nos processos. Deste último encontra-se o ato de suprir, adequadamente, o ambiente hospitalar com materiais adequados que garantam a qualidade, a produtividade, a satisfação dos pacientes e a prestação de serviços pela equipe hospitalar.

Para Slack (2002 p. 417) a função compras é aquela que estabelece contratos com fornecedores para adquirir materiais e serviços, sendo que alguns deles são utilizados diretamente na produção, e outros para auxiliar a empresa a operar.

Para Cavallini (2002), a função de compras é um segmento essencial no departamento de fornecimento de medicamentos e outros insumos. Desta forma, tem por finalidade suprir as necessidades dos hospitais, planejados quantitativamente e supri-los no momento certo, com as quantidades corretas.

Segundo Gonçalves (2006) o objetivo do setor de compras é adquirir os bens solicitados pelos usuários, na qualidade por eles especificada, na quantidade certa, no prazo de entrega pedido e nas melhores condições econômicas e financeiras possíveis.

Para Miranda, Arruda e Branco (2011), o principal objetivo da administração é gerenciar, coordenar e controlar suas compras para que com isso exista controle no abastecimento e que não aconteça paralisação de atendimento médico por falta de medicamentos e correlatos. A administração de compras tem sua importância no que diz repeito à aquisição de todo material seja ele qual for, para que o hospital tenha uma boa execução em todos os serviços prestados e seu gerenciamento seja bem executado.

A abrangência do processo de compras extrapola o departamento de compras, ou seja, é uma função ampla que envolve outros departamentos da empresa, a começar pelo setor usuário do bem ou serviço a ser adquirido. Obter o produto certo, nas quantidades certas, nos prazos e locais estabelecidos, com o preço correto é o grande desafio para a função de compras (PAULUS JUNIOR, 2005).

Segundo o autor, as variáveis envolvidas no processo de compras são: o preço, a qualidade, o prazo de entrega, quando fazer o pedido e que quantidade pedir. A quantidade mínima esperada dos itens comprados, o momento em que devem estar disponíveis para uso no hospital e a quantidade a ser adquirida são variáveis exógenas ao sistema de compras, ou seja, são informações determinantes externamente em outros subsistemas, mas fundamentais para o sucesso das operações de compras.

O ciclo de compras deve começar com a elaboração do pedido do suprimento e terminar com o seu respectivo pagamento. O ciclo inicia fora do setor de compras a partir da identificação de necessidade do bem ou serviço a ser adquirido. O ciclo pode ser ilustrado, segundo Paulus Junior (2005), nos seguintes passos: 1. Elaboração e colocação do pedido de suprimento; 2. Análise do pedido de suprimento (planejamento da compra); 3. Seleção dos prováveis fornecedores; 4. Avaliação do preço de mercado; 5. Escolha do fornecedor; 6. Acompanhamento dos prazos de entrega; 7. Recebimento, conferência e pagamento.

Para Paulus Júnior (2005), pelo menos quatro atores precisam de informações sobre a operação de compras realizada: 1) quem comprou; 2) o fornecedor; 3) quem vai receber e 4) quem vai pagar.

Dalarmi (2006) salienta que há algumas dificuldades no contexto das instituições hospitalares públicas no que tange à aquisição emergencial de materiais. As compras na rede pública são realizadas por licitação que se caracterizam por ser processos lentos e não satisfazem uma aquisição imediata. Quando ocorre uma ruptura no estoque, além do desabastecimento por aumento de consumo ou falha na entrega, é comum cada supervisor ou gestor de unidade tender a criar seu próprio estoque de segurança, fora dos controles institucionais. Estes subestoques, pela falta de controle, nem sempre serão utilizados nas finalidades da unidade. O gestor de materiais de um hospital deve não apenas estabelecer políticas de estoque para

condições normais de operação, mas também assegurar a capacidade do mesmo em atender a demanda emergencial.

O processo de compra no setor público é muito complexo e abrange um conjunto de exigências administrativas e legais que devem ser cumpridas. A compra pode ser realizada de várias maneiras, tais como, compra direta, licitação pública ou através de cooperativas, visando à economia de escala. A aquisição de medicamentos e de outros insumos, na maioria das unidades de saúde, é feita através da própria unidade, podendo ser feita diretamente pelo serviço de farmácia, pela gerência, administração ou direção da unidade (MIRANDA; ARRUDA; BRANCO, 2011).

No setor privado, segundo estes autores, consegue-se gerenciar processos de compra negociando com facilidade com fornecedores e criando um movimento constante de aquisição indispensável à manutenção de estoques nas unidades. Já no setor público, nota-se a dificuldade para a aquisição de quaisquer produtos e/ou serviços, pois se deve obedecer à Lei nº 8.666/93, o que poderá tornar morosos os processos de compra e abastecimento hospitalar.

Segundo Dalarmi (2010), no setor público a aquisição de material deve ser realizada por meio de um processo formal chamado de licitação, desenvolvido conforme os preceitos estabelecidos para esse fim e com o objetivo de atender às necessidades da organização quanto à compra de produtos, bens ou serviços. Diante disto, uma boa especificação técnica dos materiais antes da sua aquisição minimiza os problemas decorrentes do não atendimento deste produto às especificidades do procedimento no qual ele será utilizado.

As compras públicas exigem um formalismo maior devido à previsão legal que o administrador deve seguir. Ou seja, o princípio da legalidade vincula as ações do administrador às formalidades da Lei (PAULUS JUNIOR, 2005).

O estatuto das compras públicas concentra-se na Lei 8.666 de 21 de junho de 1993. Mais recentemente a Lei 10.520/02 introduziu a modalidade de compras através de pregão. Com esta nova modalidade de licitação os administradores públicos conseguem a redução nos preços e nos prazos das aquisições.

O pregão é admitido na administração pública apenas para a aquisição de bens de uso comum (Lei 10.520/02). Os sistemas de compras com a utilização da Internet

vêm apresentando bons resultados no que se refere ao aumento da competitividade (PAULUS JUNIOR, 2005).

A formalidade do processo é entendida como um mal necessário. Vale o que está escrito. Um processo de compra de 50 itens pode ter aproximadamente 250 páginas, leva no mínimo 60 dias, tem cerca de 300 assinaturas (PAULUS JUNIOR, 2005).

Licitação, segundo Meirelles (2003, p. 264) é “o procedimento administrativo mediante o qual a Administração seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse”. Os procedimentos de compra autorizados pelo PDPAS são realizados por dispensa de licitação por limitação do valor, conforme disciplina da lei 8.666/93. Para Paulus Júnior (2005), a licitação pública é o instrumento legal que visa atender à necessidade do interesse público em contratar com os demais agentes econômicos. O requisito fundamental é o interesse público que deve ser formalmente manifestado no processo de compra. A regra geral é sempre licitar conforme o mandamento constitucional (artigo 37, XXI e artigo 175 da Constituição Federal) admitindo algumas formas de dispensa de licitação (artigo 24 da Lei 8666/93) ou de inexigibilidade (artigo 25 da Lei 8.666/93).

Os procedimentos iniciam com a completa caracterização do objeto tanto para obras e serviços (Artigo 7º Lei 8.666/93) como para compras (Artigo 14º Lei 8.666/93), inclusive com a definição de orçamento prévio. As possíveis modalidades estão previstas no Artigo 22 Lei 8.666/93 como Concorrência; Tomada de Preços; Convite; Concurso; Leilão e, mais recentemente, pela modalidade de Pregão definida na Lei 10.520/2002.

Escolhida a modalidade há a necessidade da opção pelo tipo de licitação a ser realizada. As possibilidades são: menor preço entre as que atendam a especificação do edital, escolhendo-se a proposta de menor preço; a de melhor técnica, em que, considerando-se o preço, escolhe-se a de melhor técnica; a de técnica e preço, em que há a combinação ponderada de uma nota técnica com o preço; e, finalmente, a de maior lance no caso de alienações (Artigos 45 a 47 da lei 8.666/93).

O recebimento do material depois de encerrados os procedimentos de compras é mais uma etapa do ciclo especialmente, esta etapa de compras a ser cumprida.

Representa a fronteira de responsabilidade sobre a guarda do bem adquirido entre o comprador e o vendedor (PAULUS JUNIOR, 2005).

A área de compras de um hospital sempre terá que apresentar eficiência, pois é de onde serão realizadas as compras e sua distribuição dentro do hospital e tem que ser de maneira correta, pois este departamento irá realizar esses serviços com vistas à recuperação da saúde dos seus pacientes.

Porém, há situações de emergência, em que o desabastecimento crônico é a única alternativa para não deixar a situação tornar-se de calamidade pública, recorrendo à realização de procedimentos de compra mais ágeis. Partindo deste cenário, em julho de 2010, a SES/DF decidiu pela adoção de um conjunto de práticas denominado “Plano de Ação para a Saúde”. Uma das ações apontadas foi a descentralização dos hospitais regionais de saúde, a qual tem o objetivo de promover uma progressiva desconcentração das compras de insumos para os hospitais no DF, para que os hospitais possam adquirir insumos urgentes e oferecer aos pacientes maior qualidade nos atendimentos, ao tempo em que a rede de saúde possa promover novas licitações de produtos e serviços destinados ao abastecimento da rede sem estar presa a longos procedimentos de compra, tantas vezes paralisados por questões burocráticas (LIMA, 2011).

O setor de saúde brasileiro está passando por constante transformação, buscando maneiras diferentes de alcançar a descentralização das políticas de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo perfil organizacional é discutido a seguir.

2.3 A descentralização administrativa no processo de gestão

Ao considerar o estudo de descentralização administrativa, é pertinente partir, em primeiro lugar, do entendimento atribuído a este conceito. Barreto Junior e Silva (2004) argumentam que a descentralização tem como diretriz aumentar a eficiência, aproximando o gestor do cidadão e criando mecanismos para o controle público e social, na definição das prioridades locais e na melhor fiscalização e controle da aplicação dos recursos municipais e daqueles recebidos mediante transferências intergovernamentais para aplicação na saúde. Estes autores ressaltam, ainda, que

esse mecanismo de controle público foi expandido e aperfeiçoado ao longo da década de 90 com a realização das conferências municipais de saúde e a criação dos conselhos locais ou gestores de unidades de saúde.

Ainda em relação à concepção sobre descentralização administrativa, cabe considerar a visão de Lima et al. (2012), que demonstra que a descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde. Ela envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios.

Estudos sugerem que a política de saúde brasileira desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde, por meio da normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias, em geral, associadas a mecanismos financeiros (LIMA et al., 2012).

Silva et al. (2007), ressaltam que no Brasil, a descentralização tem se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A descentralização das ações de saúde remonta à década de oitenta com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), institucionalizando-se e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das suas bases legais. Segundo estes autores, estudos de caso em profundidade têm mostrado que não apenas a descentralização é responsável por melhorias na organização do sistema saúde, mas diversas outras características relacionadas com a gestão podem influenciar as diferenças encontradas.

Estes autores acrescentam ainda que a descentralização de ações governamentais vem sendo implementada em diversos países do mundo com resultados diferenciados. Problemas nos resultados da descentralização têm sido relacionados com fatores sociais e políticos, particularmente quanto à estratégia e aos conflitos decisórios (SILVA et al. , 2007).

Conforme demonstram Lima e Rivera (2006), modelos de gestão centralizados e de baixa responsabilidade nas organizações públicas de saúde tendem a gerar ineficácia. A gestão do sistema de saúde brasileiro exige modelos de gestão descentralizados e participativos, buscando a responsabilização de gestores e profissionais pelos resultados.

Além das observações de Lima e Rivera (2006), cabe considerar, ainda, a análise de Borba e Kliemann Neto (2008), em relação à proposta do SUS, de universalização e descentralização da saúde, que embora tenha modificado radicalmente o processo de atendimento no país e seja considerado um esforço bem-sucedido de democratização da saúde, adicionou complexidade ao sistema, tanto na operacionalização do atendimento quanto nas relações entre as esferas de poder do país.

Neste trabalho, é interessante considerar a descentralização administrativa no processo de gestão, especificamente no contexto da gestão hospitalar. Tendo por foco este objetivo, é fundamental considerar as observações de Magalhães (2006, p. 08), para quem o setor hospitalar guarda peculiaridades significativas em relação aos demais, o que traz a necessidade de considerar uma perspectiva diferenciada para sua análise:

> Ao longo da construção do setor saúde no Brasil e no mundo, os hospitais têm se apresentado como organizações complexas, onde as relações de poder devem ser alvo permanente de análise por parte do corpo de direção, visando monitorar a governabilidade interna e externa da instituição.

Ao seguir esta análise, é importante destacar que a gestão é marcada pela improvisação, ações voltadas para emergências, grande centralização e baixa autonomia dos dirigentes locais, ausência quase completa de compromissos com os resultados finais, irracionalidade e desperdício de recursos etc. Nesse cenário, são poucos os dirigentes das organizações hospitalares públicas que se encontram habilitados profissionalmente para funções de gestão (MAGALHÃES, 2006).

Magalhães (2006) sustenta que os hospitais têm desempenhado um papel importante nos sistemas de saúde, como um dos níveis de garantia da equidade e integralidade da assistência. A autora ressalta ainda que a insatisfação dos usuários, porém, tem estado presente no cotidiano dessas organizações porque a herança

burocrática e centralizadora das mesmas tem subordinado as necessidades dos usuários a outros interesses.

Nas últimas décadas notam-se importantes iniciativas de mudança na dinâmica de funcionamento dessas instituições, fruto da reflexão acerca da necessidade de transformação na condução e no papel do hospital no sistema de saúde. A busca por modelos de gestão que possam otimizar e flexibilizar a dinâmica de funcionamento dos hospitais públicos é fundamental. Por isso se faz necessário formular e desenvolver estratégias inovadoras de gestão hospitalar.

2.4 Uma visão geral sobre inovação

Em função das características do atual ambiente de negócios, a busca e a prática da inovação passam a ser uma necessidade imprescindível para que as organizações possam encontrar os mecanismos mais adequados para conduzir as suas operações e, principalmente formular e programar suas estratégias. Em relação ao processo de inovação, também é possível identificar enfoques distintos que buscam compreender de que forma se dá a ocorrência de uma inovação. Relatam-se, neste estudo, alguns dos principais enfoques sobre o processo de inovação.

Originado do latim *innovo, innovare*, o termo inovar significa tornar novo, renovar ou introduzir novidades de qualquer espécie, modernizar. Da mesma forma, inovação deriva da palavra *innovatione*, que significa renovado ou tornado novo (BARBIERI et al., 2004; MACHADO, 2004). O tema ganhou impulso no Brasil em meados da década de 1990, quando as iniciativas de inovação derivadas dos convênios, intercâmbios e parcerias que então se desenvolviam entre empresas, governos, universidades, incubadoras e instituições de pesquisa começaram a requerer maior circulação de informações e de conhecimento. Esse desdobramento permitiu estender o foco do interesse pelas inovações, até então centrado nas relações estritamente econômicas entre mercado e indústria, para variáveis de natureza social e comportamental.

O conceito de inovação tem sido comumente associado a outros fenômenos em diferentes níveis. Para Tether (2003), a inovação é amplamente percebida como um fator central para a competitividade das empresas e países.

Para Gallouj (2002), a inovação pode ser fruto de um processo intencional – como ocorreria nas inovações surgidas a partir de pesquisa e desenvolvimento – ou, então, pode surgir naturalmente a partir de mecanismos de aprendizagem. No primeiro caso, seriam inovações programadas e, no segundo, inovações emergentes.

Segundo Isidro Filho (2010) um ponto importante da literatura sobre inovação refere-se à trajetória de estudos empreendidos nessa área, compondo três vertentes principais. A primeira vertente refere-se à inovação enquanto processo de difusão e adoção de novas tecnologias. Os estudos ancorados na Teoria da Difusão de Inovações vêm sendo escritos há pelo menos quatro décadas.

Rogers (1995) destaca em seu trabalho conceitos referente à inovação, estabelecendo a “estrutura” do processo de decisão pela inovação, tanto individual como na organização. Este autor entende a inovação como a ideia, prática ou "algo" que, para um indivíduo ou grupo, é percebido como novo. Ou seja, se uma ideia parece nova para o indivíduo, esta é uma inovação.

A Teoria da Difusão de Inovação (TDI) de Rogers (1995) mostra que o processo de inovação tecnológica tem características próprias que seguem alguns passos, a saber: 1) conhecimento da inovação, exposição a uma inovação existente e, primeiras informações sobre seu funcionamento; 2) a persuasão para com a inovação, formação de uma atitude favorável frente à inovação; 3) a decisão - engajamento em atividades que levam a adotar ou rejeitar a inovação; 4) a implementação de uma nova ideia que ocorre quando o indivíduo põe em execução a inovação escolhida ; 5) a confirmação, que é a procura de reforços para a decisão de inovação já feita, mas também pode reverter o processo se encontradas mensagens conflitantes sobre a inovação. Este processo consiste numa série de ações e escolhas de ideias e de decisões para incorporação e progresso da inovação. A Figura 1 apresenta os elementos do modelo dos estágios do processo de difusão e adoção da inovação:

Figura 1. **Modelo dos estágios do processo de difusão e adoção da inovação.**
Figura Adaptada. Fonte: ROGERS, 1995.

Conforme demonstra a figura 1, o canal de comunicação é o meio que fará com que a nova ideia chegue de um indivíduo até o outro. O tempo mencionado no conceito de difusão é contabilizado no processo de decisão/inovação, que tem início com o conhecimento e, o término com a confirmação ou rejeição da inovação (BRITO; CÂNDIDO, 2003).

Para Rogers (1995), difusão é o processo pelo qual uma inovação é comunicada através de alguns canais de comunicação durante o tempo para os membros de um sistema social. Neste contexto, a difusão é um tipo particular de comunicação, onde a mensagem principal é a nova ideia.

Além disso, Rogers (1995) destaca em seu trabalho variáveis que afetam e determinam o processo de gestão da inovação. Estas variáveis podem ser divididas em: a) Variáveis Dependentes: referem-se à taxa de adoção de uma inovação. Esta variável representa o processo de gestão da inovação, envolvendo atributos percebidos da inovação, tipo do processo Decisão-Inovação, canais de comunicação, natureza do sistema social, extensão dos esforços promovidos pelos agentes de mudança; e b) Variáveis Independentes: referem-se à variáveis chaves no processo de gestão da inovação, as quais podem ser categorizadas em: características individuais dos líderes, as características internas da estrutura organizacional e as características externas.

A segunda vertente, para Isidro Filho (2010), caracteriza-se em compreender a inovação na perspectiva de seus determinantes organizacionais, isto é, atributos

organizacionais que favorecem ou inibem seu desenvolvimento. Segundo este autor, uma geração de estudos recentes sobre o tema identificou fatores que estão mais associados à adoção de inovações administrativas em campos organizacionais.

Já a terceira vertente aborda a inovação na perspectiva de processo, sobretudo suas fases ou estágios. Tornatzky e Fleischer apud BRITO; CÂNDIDO (2003) percebem a inovação como um processo, no qual ocorrem intercâmbios entre pessoas, produtos e processos tecnológicos, intercâmbio este que é significativamente afetado pelo contexto.

Brito e Cândido (2003) consideram que um dos tópicos que mais tem atraído a atenção de estudiosos da inovação é referente aos processos pelos quais a inovação é gerada e difundida no âmbito das organizações e dos mercados. Estes autores evidenciam que o interesse resulta de um conjunto de fatores: da diversidade de formas e mecanismos através dos quais se processa a inovação; da variada composição de recursos envolvidos no processo de inovação; dos múltiplos impactos que o processo gera no interior das organizações, no ambiente em que estão inseridas; dos diferentes resultados alcançados pelo processo em si.

Farias (2010), discute inovação como uma rede de mudanças que se insere em outra rede, que é o ambiente organizacional. O conceito de redes tem sido utilizado em estudos e pesquisas em várias áreas do conhecimento. A importância do emprego dessa abordagem ao estudo da inovação reside no fato de que se trata de um processo cujo estágio inicial não precisa ser provocado, sempre, por um humano, mas também por um não-humano.

Schumpeter (1982) propõe uma perspectiva diferente das demais uma vez que as inovações dos meios de produção impulsionaram e mantiveram o capitalismo. O autor acrescenta ainda, no entanto, que a invenção de novos processos, bens e métodos pode não se converter em inovação.

> (...) Enquanto não forem levadas à prática as invenções são economicamente irrelevantes. E levar a efeito qualquer melhoramento é uma tarefa inteiramente diferente da sua invenção e uma tarefa, ademais, que requer tipos de aptidão inteiramente diferentes. Embora os empresários possam naturalmente ser inventores exatamente como podem ser capitalistas, não são inventores pela natureza de sua função, mas por coincidência e vice-versa (SCHUMPETER, 1988, p. 62).

Em outro enfoque, Schumpeter (1982) apresenta com pioneirismo situações regulares em que ocorrem as inovações reestruturadoras dos mercados. Sinteticamente, entende que as inovações estão relacionadas à introdução de um novo bem no mercado, que ainda não é conhecido pelos consumidores ou de uma nova qualidade do bem; à introdução de um novo método de produção ainda não experimentado em determinado setor produtivo, mesmo que não proveniente de pesquisa científica; à abertura de um novo mercado para o produto antes não comercializado neste “centro”, havendo ou não o mercado anteriormente; a uma nova fonte de insumos ou produtos semi-estruturados, independentemente da existência anterior ou não da fonte; e por fim, à reorganização de um setor industrial, com a instituição ou ruptura de um monopólio comercial.

As noções de inovação apresentadas influenciaram o bojo de pesquisas com ênfase em implantação de novas tecnologias em que a busca e a prática da inovação passa a ser imprescindível para que as organizações possam encontrar os mecanismos mais adequados para conduzir as suas operações e, principalmente formular e implementar suas estratégias (BRITO; CÂNDIDO, 2003). A produção de ideias que resultem em inovações é uma questão de sobrevivência para as organizações. Por isso, os gestores precisam criar um ambiente favorável, no qual as pessoas se sintam estimuladas a contribuir de forma saudável para buscar o novo.

2.5 A Abordagem da inovação administrativa

Um dos pressupostos deste trabalho é a ideia de que a adoção e o processo de inovação contribuem para melhorias ou transformações no processo gerencial de uma organização. É possível investigar de que maneira o contexto ambiental e organizacional contribuem para introdução de novas práticas. Assim, torna-se apropriado sugerir a perspectiva de inovação administrativa como aquela, entre diversas abordagens, mais apropriada para este estudo.

Na ótica de Birkinshaw, Hamel e Mol (2008), inovação em gestão é a invenção e implementação de uma prática de gestão, processo, estrutura ou técnica que é novo para o estado da arte e é intencionada para avançar os objetivos organizacionais.

Para estes autores, o contexto organizacional também desempenha um importante papel na facilitação ou inibição de novas ideias.

Existem quatro pontos de vista na literatura, sobre inovação em gestão, de acordo com a proposta de Birkinshaw et al. (2008): institucional, de moda, cultural e a racional.

A primeira perspectiva apresentada por estes autores se refere à perspectiva institucional, que incide sobre as condições socioeconômicas em que novas ideias e praticas de gestão tomam forma (GUILLEN, 1994 apud BIRKINSHAW ET AL., 2008).

A perspectiva de moda, por sua vez, é apresentada por Abrahamson (1996) apud Birkinshaw; Hamel; Mol (2008) como uma interação dinâmica entre usuários e “prestadores de ideias de gestão”. Infere-se que as inovações em gestão emergem da interação dinâmica entre os gestores que utilizam novas ideias gerenciais e os "formadores de moda" os quais colocam à frente essas ideias. A perspectiva da moda pode existir como ideias abstratas ou retóricas, ou como as práticas e técnicas específicas.

A perspectiva cultural enfoca a forma através da qual uma organização reage à introdução de novas práticas gerenciais (ZBARACKI, 1998).

A quarta perspectiva de inovação, a racional, enfoca em como as inovações em gestão — e os indivíduos que as direcionam — provêm melhorias na efetividade organizacional (CHANDLER, 1962).

Birkinshaw et al. (2008) centram prioritariamente na perspectiva racional, a qual tem suporte na premissa de que inovações em gestão são introduzidas por indivíduos com o objetivo de fazer com que suas organizações trabalhem mais efetivamente.

Já Gomes (2008) argumenta que a definição de inovação administrativa encontra-se aberta a diferentes interpretações, uma vez que esse tipo de inovação pode ser representado por diferentes rotinas, que por sua vez, podem ser combinadas de diferentes maneiras.

Para este autor, diferentes abordagens para compreender os motivos que levam as organizações a adotarem inovações administrativas são oferecidas na literatura: a

primeira indica que a difusão de inovações administrativas é processo influenciado principalmente por razões técnicas e internas às organizações, como os atributos ou características (MOCH; MORSE, 1977; DAMANPOUR, 1987 apud GOMES, 2008). A segunda abordagem, por sua vez, sugere que razões externas, como forças miméticas e pressões normativas exercidas por outras organizações, também podem influenciar na decisão organizacional sobre a adoção de inovações administrativas (ROWAN, 1982; DIMAGGIO; POWELL, 1983 apud GOMES, 2008). Além disso, há uma terceira abordagem que diz respeito a fatores relacionais, que são determinantes no processo.

O autor complementa ainda que uma geração de estudos recentes sobre o tema identificou fatores que estão mais associados à adoção de inovações administrativas em campos organizacionais. O Quadro 1 apresentado por Gomes (2008), resume os fatores importantes na decisão de empresas no processo de adoção de uma inovação administrativa:

Fatores	**Associação**	**Exemplo de indicadores**
Técnicos	Atributos ou características das organizações	Tipo da organização
		Tamanho
		Desempenho
		Estrutura interna
		Âmbito de atuação
Institucionais	Pressões regulativas, normativas e miméticas de outras organizações.	Legitimidade
		Eficiência
		Dependência
		Multiplicidade
		Discricionariedade
Estruturais	Localização estrutural da organização na rede de relacionamentos	Centralidade
		Prestígio
		Influência
Relacionais	Ligações estabelecidas com outras organizações	Coesão
		Conteúdos relacionais
		Qualidade do relacionamento

Quadro 1. **Fatores significativos na adoção de inovações administrativas.**
Fonte: GOMES, 2008.

As observações de Gomes (2008), as quais podem ser observadas no Quadro 1 sobre a inovações administrativas são importantes no âmbito do presente estudo,

uma vez que se pode considerar a aplicação destes fatores, especificamente os técnicos e institucionais, no contexto hospitalar. Porém, não foi possível, a partir dos estudos de Gomes (2008), investigar os fatores indicados na literatura como mais significativos na decisão organizacional sobre a adoção de inovações administrativas na área hospitalar. Pois este autor abordou em seu estudo fatores institucionais (legitimidade e eficiência) e estruturais (centralidade) voltados para decisão de empresas privadas no processo de adoção de uma inovação administrativa, diferentemente da presente pesquisa.

2.6 Estudos recentes sobre o tema

Foi realizado um levantamento no intuito de identificar estudos recentes sobre processo gerencial de abastecimento no contexto hospitalar, em uma abordagem da inovação.

Foram analisadas, inicialmente, publicações desde 2008 até 2012 em oito periódicos nacionais na área de administração e inovação hospitalar. E em seguida, o banco de dados da Biblioteca Virtual em saúde - BVS. Os resultados do levantamento são apresentados adiante.

No primeiro levantamento, foram pesquisados artigos publicados no período de 2008 até 2012 nos seguintes periódicos: Revista de Administração de Empresas (RAE) e Revista Eletrônica de Administração de Empresas (RAE - Eletrônica); Revista de Administração da Universidade de São Paulo (RAUSP); Revista de Administração Contemporânea (RAC) e Revista de Administração Contemporânea Eletrônica (RAC - Eletrônica); Revista de Administração Mackenzie (RAM); Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS); Revista de Administração e Inovação (RAI) e periódicos da editora do Ministério da Saúde (Editora MS).

Foram encontrados artigos em linhas de pesquisa correlatas ao tema pesquisado, como por exemplo, inovação em gestão hospitalar baseada em sistemas de informação; difusão de inovação tecnológica na área de saúde, gestão descentralizada em saúde, organização do abastecimento e gerenciamento de recursos materiais em hospitais públicos.

Alguns exemplos de estudos nacionais correlatos encontrados são: o artigo de Gomes e Guimarães (2008), analisando a relação entre a adoção de uma inovação administrativa, denominada Sistema de Avaliação da Conformidade de Empresas de Serviços de Obras da Construção Civil (SiAC), por parte de empresas que atuam no setor de obras públicas no Distrito Federal e a localização estrutural dessas empresas na rede de relacionamentos estabelecida entre elas; o artigo de Machado e Barzotto (2012) caracterizando o ambiente de inovação hospitalar por meio da inovação nos processos de qualidade; o artigo de Perez e Zwicker (2010) analisando os principais fatores que afetam a adoção da inovação tecnológica em sistemas de informações na área de saúde e os reflexos dessa adoção para os indivíduos, profissionais e grupos sociais envolvidos com a inovação; o artigo de Neta et al. (2011) que analisa o gerenciamento de medicamentos em redes hospitalares do Sistema único de Saúde (SUS) com a alternativa de melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos alcançando resultados concretos; o artigo de Miranda et al. (2011) que enfatiza a importância do gerenciamento de medicamentos em hospitais públicos. O artigo de Mussi e Canuto (2008) que analisa a percepção dos usuários sobre os atributos de uma inovação, descrevendo como se deu a implementação de uma ferramenta tecnológica de TI, e como os usuários a interpretam. O artigo de Souza et al. (2008) que analisa o Sistema de Informações em hospitais buscando descrever e verificar sua adequabilidade.

Foram encontrados artigos em linhas de pesquisa correlatas ao tema pesquisado, como por exemplo, difusão de inovações administrativas em redes interorganizacionais, por exemplo. No entanto, não foram encontrados estudos específicos sobre as inovações administrativas em organizações hospitalares no que tange à implantação de um programa de abastecimento.

Em seguida, é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa. Com este objetivo, são apresentados o tipo e descrição de pesquisa realizada, a descrição do perfil dos participantes do estudo, o instrumento utilizado na pesquisa e os procedimentos para a coleta dos dados e, ainda, os procedimentos para análise das evidências empíricas. As opções metodológicas serão sumarizadas no quadro apresentado no final deste capítulo, sendo apresentadas em detalhes nas seções que compõem o mesmo. A partir da forma como a pesquisa foi realizada foi possível atingir os objetivos propostos neste trabalho, assim como responder ao seu problema central. O capítulo aborda seções indicadas à segmentação e detalhamento das etapas de investigação, conformados aos requisitos metodológicos referentes aos trabalhos de Gil (1996), Vergara (2000), Richardson (2007) e Bardin (1977).

3.1Tipo e descrição geral da pesquisa

Gil (1996) propõe três classificações para a pesquisa quanto à natureza: explicativa, descritiva e exploratória. Esta pesquisa, que teve por objetivo compreender o processo de surgimento de inovações do HRC, apoiado no Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), consiste em um estudo descritivo, pois se propõe a “descrever as características de um fenômeno” não inteiramente desconhecido (RICHARDSON, 2007, p. 66). O fenômeno, neste caso, é a provável inovação decorrente da implantação do PDPAS, em determinado contexto hospitalar.

Para a realização da pesquisa, foi adotado o estudo de caso. É uma técnica de pesquisa possível à compreensão de fenômenos individuais, sociais, organizacionais e relacionados a grupo. Em função do objetivo estabelecido para a pesquisa proposta, optou-se pela adoção de um único caso de estudo em uma organização de saúde, o HRC.

Em função da opção pelo estudo de caso como estratégia de pesquisa e buscando obter um entendimento sobre a dinâmica do processo de inovação no contexto hospitalar, este estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente organizacional é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é, também, um sujeito-chave (GIL, 1996).

3.2 Caracterização da organização hospitalar *lócus* do estudo

Foi escolhido o Hospital Regional da Ceilândia (HRC), hospital vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que empreendeu esforços na implantação do programa. A opção por Hospital Regional se justifica em razão de este hospital desenvolver tecnologias para a área de saúde, mostrando-se lócus propício e acessível à pesquisa. Outro fator preponderante para a escolha do hospital ocorreu devido à relativa facilidade de acesso à organização, no tocante à obtenção de autorização para realizar a coleta de dados.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui vinte e uma Unidades de Saúde, divididas em Diretorias Regionais e Unidades de Referência Distrital, conhecidas como Unidades Executoras do PDPAS.

Segundo consta no artigo IV da Portaria 83/2010, as Diretorias Gerais de Saúde são responsáveis pelas ações e serviços de saúde no território das respectivas Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital são unidades públicas de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES/DF. Tal como definido no Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal e suas atualizações, as Diretorias Regionais são: Asa Sul; Asa Norte; Sobradinho; Planaltina; Taguatinga; Ceilândia; Gama; Brazlândia; Paranoá; Guará; Núcleo Bandeirante, Candangolândia e Riacho Fundo; Samambaia; Recanto das Emas; São Sebastião; Santa Maria.

Os contextos de inovações podem ser identificados no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), considerada como uma Diretoria Regional. Este local em que a

pesquisa foi executada representa terreno fértil à investigação de inovação administrativa.

Em 1983, a população de Ceilândia assistiu à inauguração do HRC, com capacidade para 50 leitos, em cerimônia que contou com a presença do presidente João Figueiredo. Até aquele ano (1983) a comunidade contava somente com o centro de saúde nº 01, que atendia apenas ambulatório. Até a data desta pesquisa, janeiro de 2013, o HRC conta com mais de 16.000m² de construção, sendo um dos maiores hospitais públicos do Distrito Federal. Possui várias especialidades em seu ambulatório, sendo elas: Cardiologia Geral, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Climatério, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Gravidez de Alto-Risco, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Ortopedia Geral, Ortopedia Pediátrica, Pequena Cirurgia, Pneumologia, Psiquiatria, Reprodução Humana, Terapia Ocupacional e Tisiologia; possui emergências nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Pediatria; Clinicas de internação nas áreas de Berçário, Centro Cirúrgico , Centro Obstétrico, Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, Pronto-Socorro de Ginecologia e Obstetrícia e UTI. O HRC conta, ainda, com 12 centros de saúde. Nestes centros são oferecidos diversos tipos de tratamento.

O hospital possui o título de Unidade Amiga da Criança e avança na implantação do projeto maternidade segura e de uma UTI neonatal, com capacidade para seis leitos. Outro destaque é o baixo índice de infecção hospitalar, graças a um trabalho intensivo de busca de focos e medidas simples como lavagem das mãos antes de tocar os pacientes.

O HRC já consolidou sua implantação do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde, PDPAS. O HRC iniciou a implantação do PDPAS no ano 2010 e continua desenvolvendo e aperfeiçoando o programa até o presente (2013). Novas tentativas de reestruturação do programa vêm sendo empregadas no hospital, com vistas ao seu redesenho, reimplantação e emprego pleno nas atividades gerenciais e assistenciais.

3.3 Sujeitos do estudo

O estudo teve como sujeitos envolvidos na pesquisa profissionais de perfis de nível estratégico e de nível intermediário do PDPAS no HRC com intuito de responder ao problema central e seus objetivos, conforme demonstra o Quadro 2.

Quantidade de Entrevistados	Cargos ocupados	Setor
1	Diretor Administrativo	Diretoria
1	Gerente/coordenadora do PDPAS	Setor de Compras e licitações/ PDPAS
3	Analistas/servidores responsáveis pelas compras e licitações do PDPAS	Setor de Compras e licitações/ PDPAS
2	Farmacêuticas-coordenadora e subcoordenadora da Farmácia do HRC	Farmácia
2	Chefe e coordenador do setor de Almoxarifado e Patrimônio.	Almoxarifado e Patrimônio

Quadro 2. Apresentação dos Entrevistados selecionados para o estudo
Fonte: elaborado pela autora.

Como esta pesquisa procurou investigar o processo de surgimento de inovação no HRC a partir da implantação do PDPAS, buscou-se entrevistar pessoas que atuassem diretamente com o Programa, ou seja, que tivessem uma comunicação direta com a Secretaria de Saúde do DF e que, ao mesmo tempo conhecessem as demandas internas do Hospital - os profissionais de cargos de nível estratégico; e as “chefias intermediarias” que executassem o programa em seus setores de forma direta e indireta, o que permitiria, conseguintemente, uma análise mais crítica do assunto estudado.

Alguns critérios importantes para a escolha dos participantes da pesquisa foram: profundo conhecimento do PDPAS, participação nos processos de desenvolvimento e implantação, acessibilidade, disponibilidade e consciência de cooperação para as melhorias advindas do programa para o hospital. Os perfis dos entrevistados fora detalhados no Quadro 3:

Entrevistados	*Nível*	*Cargo*	*Tempo de atuação no Cargo/Tempo de atuação no HRC*	*Objetivos específicos respondidos*
E1	Estratégico N1	Diretor Administrativo	2 anos/2 anos e meio	**2, 4 e 5**
E2		Gerente/coordenadora do PDPAS	2 anos e meio/18 anos	
E3		Analista responsável pelas compras e licitações do PDPAS	2 anos e meio/10 anos	
E4		Analista responsável pelas compras e licitações do PDPAS	1 anos e meio/1 ano e meio	
E5		Analista responsável pelas compras e licitações do PDPAS	2 anos/3 anos	
E1	Intermediário N2	Chefe da farmácia	10 anos/10 anos	**4 e 5**
E2		Coordenador da farmácia	3 anos/6 anos	
E3		Chefe do Almoxarifado	6 meses/6 meses	
E4		Coordenador do Almoxarifado	2 anos/ 35 anos	

Quadro 3. Perfil dos entrevistados
Fonte: dados da pesquisa

3.4 Procedimentos de coleta de dados e instrumentos da pesquisa

Foram utilizados neste estudo dois procedimentos de coleta de dados:

- A pesquisa documental;
- O estudo de campo por meio de entrevistas individuais.

3.4.1 Coleta de dados

Para a coleta de dados, na análise documental, um conjunto de artefatos foi utilizado e produzido com o objetivo de auxiliar no tratamento dos dados, como o conjunto de leis e decretos sintetizados em uma tabela de registro; para melhor verificação dos procedimentos elencados em cada documento, foi elaborada uma lista de checagem, ou *checklist* e o roteiro para o registro documental. Para cada documento foi criado uma ficha de leitura contendo resumos, referências bibliográficas, além de algumas transcrições de trechos que foram utilizados posteriormente. Desta forma, para desenvolver o trabalho analítico foram utilizados como fontes, documentos oficiais – como leis, manual de rotinas, resoluções, decretos; bem como documentos produzidos no contexto da organização analisada.

A pesquisa documental complementa a informação obtida por outros métodos.

> A análise documental permite passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro). São por exemplo, os resumos ou *abstracts* (compilação do documento segundo certas regras); ou a indexação, que permite, por classificação em palavras-chave, descritores ou índices, classificar os elementos de informação dos documentos, de maneira muito restrita. (BARDIN, 1977 p. 47).

Na pesquisa documental, os dados foram coletados no [1]site da Secretaria de Saúde do DF, [2]*site* do Portal médico e no HRC, neste caso, com documentos que o Diretor Administrativo e a gerente do PDPAS forneceram.

Do *site* da SES/DF constam dados históricos e numéricos referentes à estrutura física do HRC e uma série de documentos que foram utilizados nesta pesquisa, são eles: leis, decretos, portarias, decretos e manuais do PDPAS. No site do portal médico, vinculado ao CFM, foram analisadas as resoluções pertinentes. Já no HRC, foram fornecidas planilhas orçamentárias do hospital e documentos relativos ao fluxo interno do PDPAS, com autorização do Diretor Administrativo do hospital. No período em que a pesquisa foi realizada, todos os registros sobre o PDPAS foram disponibilizados à pesquisadora. O objetivo com tais procedimentos foi conhecer os

[1] http://www.saude.df.gov.br
[2] http://portal.cfm.org.br

caminhos percorridos para a elaboração do PDPAS. No Quadro 4 são apresentados os principais documentos analisados.

Documentos que foram utilizados na pesquisa documental:

Tipo de documento	Descrição
Manual Prático de Rotinas do PDPAS- VOLUME I (Aquisições de Bens e Serviços, 2010).	Elaborado de acordo com a Legislação do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde - PDPAS
Decreto Nº 31.625, de 29 de abril de 2010.	Institui o PDPAS para as Diretorias Gerais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.
Lei nº 8.666/93 (lei de licitações e Contratos Administrativos)	Apresenta os procedimentos essenciais para a realização de licitações e a formalização de contratos administrativos.
Portaria nº 82, de 28 de maio de 2010.	Estabelece os valores a serem transferidos no escopo do PDPAS.
Portaria nº 84, de 28 de maio de 2010.	Dispõe sobre o Controle, a Avaliação de Resultados e as Prestações de Contas dos recursos do PDPAS no âmbito da Rede Pública de Saúde do DF.
Portaria nº 83, de 28 de maio de 2010.	Regulamenta o PDPAS instituído pelo Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010.
Constituição Brasileira de 1988	Artigos 196, 197 e 198
Documentos elaborados pela gerência administrativa do HRC	Fluxo interno e planilhas de orçamento anual do PDPAS.

Quadro 4. Resumo dos documentos governamentais utilizados na pesquisa documental
Fonte: elaborado pela pesquisadora

Já para o estudo de campo, nas entrevistas individuais, foi utilizado um roteiro semiestruturado como instrumento de coleta. Neste estudo, a utilização de entrevistas com roteiro semiestruturadas é justificada pelo interesse em identificar pontos de vista dos sujeitos entrevistados em relação ao surgimento de inovação,

especialmente no tocante ao entendimento do que constitui uma inovação no contexto da organização de saúde.

As entrevistas baseadas no roteiro citado foram realizadas em janeiro de 2013, por meio de encontros individuais e presenciais com os participantes da pesquisa. Os encontros foram agendados por telefone e por *e-mail,* momento em que se esclareceu o objetivo da pesquisa. Durante as entrevistas foi solicitada a autorização para gravar a conversa em áudio, a fim de facilitar a análise posterior das evidências empíricas. Após agendamento por *e-mail* ou telefone, as entrevistas ocorreram em seu ambiente de trabalho, sendo garantida a privacidade durante a entrevista.

Para este estudo, foram entrevistados profissionais envolvidos na implantação e desenvolvimento do PDPAS no HRC. Foram realizadas nove entrevistas com informantes-chave do setor de compras e licitações (PDPAS), Farmácia central e Almoxarifado.

O critério de seleção desses entrevistados foi baseado na acessibilidade e na tipicidade. Dessa forma, foram entrevistados, na primeira parte da entrevista, o Diretor Administrativo do HRC, a Gerente/coordenadora do PDPAS e três servidores responsáveis pelas compras e licitações no hospital. Na segunda parte da entrevista, foram entrevistadas duas pessoas responsáveis pela chefia da Farmácia central e duas pessoas responsáveis pela chefia do Almoxarifado. Somente um entrevistado não permitiu a gravação. Em todas as entrevistas, as frases e observações mais importantes, tendo em vista os propósitos da pesquisa, foram devidamente anotadas. No total, foram realizados quatro encontros que duraram aproximadamente duas horas, cada um. Obviamente, cada respondente limitou-se a responder dentro do horizonte de seu conhecimento. Essa precaução é importante porque permite um resultado mais condizente com o nível de análise definido no estudo, ou seja, organizacional, administrativa. Todas as entrevistas foram semiestruturas, ou seja, guiadas por um roteiro previamente estabelecido (Apêndices B e C). O objetivo das entrevistas foi coletar os dados para responder aos objetivos específicos 2, 4 e 5, que não foram suficientes com a pesquisa documental.

Neste estudo, a pesquisa empírica foi dividida em duas etapas. A primeira etapa foi operacionalizada por meio de dados secundários e a segunda por meio de dados primários. Na primeira etapa, foram analisados e estudados dois objetivos

específicos, a partir de pesquisa documental, o que considerou tanto documentos governamentais quanto documentos produzidos no contexto do Hospital em estudo. Na segunda etapa os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas no HRC. O Quadro 5 apresenta as etapas de pesquisa relacionada aos objetivos da pesquisa.

Etapas		Objetivos	Coleta dos dados
Primeira Etapa		Verificar a motivação para a implantação do PDPAS no processo de descentralização no abastecimento hospitalar	Documentos
		Descrever o PDPAS a partir de seu fluxo de funcionamento no HRC.	Documentos
Segunda Etapa	**ROTEIRO I**	Levantar como ocorre o processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC	Entrevistas e documentos
		Descrever a percepção dos gestores do HRC a respeito de seus significados e benefícios para a gestão hospitalar no HRC	Entrevistas
		Levantar e Classificar à luz da literatura possíveis inovações verificadas a partir da implantação do Programa no HRC.	Entrevistas e documentos
	ROTEIR	Descrever a percepção das “chefias intermediárias” do programa a respeito de seus significados e benefícios para a gestão hospitalar no HRC	Entrevistas
		Levantar e Classificar a luz da literatura possíveis inovações verificadas a partir da	Entrevistas e documentos

	O II	implantação do Programa no HRC.	

Quadro 5. Etapas da Pesquisa
Fonte: elaborada pela autora.

3.5 Procedimentos de análise das evidências empíricas

Os dados coletados na pesquisa documental e nas entrevistas foram analisados por meio de técnicas tradicionais de análise de conteúdo. Os dados qualitativos serão analisados, visando compreender a pluralidade dos relatos dos entrevistados (CAMPOS, 2004).

3.5.1 Técnica de análise das evidências empíricas da pesquisa

Como os dados coletados na pesquisa são, na realidade, conteúdos de mensagens e documentos, optou-se pela utilização de uma técnica sensível à interpretação de conteúdos de mensagens e às manifestações linguísticas, que é a análise de conteúdo, para tratamento e análise das evidências empíricas. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo é definida como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977 p. 27).

Na análise das evidências empíricas, o *corpus* de textos corresponde à transcrição das entrevistas realizadas. Para análise destes dados, primeiramente foi empregada a transcrição integral das entrevistas. Posteriormente, sobre as transcrições foram sistematizados os dados, conforme frequência de respostas. Em seguida, foi utilizada a análise de conteúdo que identifica os temas que surgiram e o que vai ser dito a respeito daqueles temas (VERGARA, 2000), organizando-os em categorias.

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros (BARDIN, 1977). Nessa pesquisa as categorias foram

definidas *a priori* a realização das entrevistas. O Quadro 6 resume a organização metodológica da pesquisa:

Tipo e Descrição Geral da Pesquisa	• Quanto à natureza: ✓ **Descritiva** • Quanto à estratégia de pesquisa: ✓ **Estudo de caso** • Quanto à abordagem: ✓ **Qualitativa**
Procedimentos de coleta de dados e Instrumento de pesquisa	▪ Pesquisa documental ▪ Estudo de campo através de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado
Procedimento de análise das evidencias empíricas	• **Análise de conteúdo:** a) Transcrição integral das entrevistas; b) Sistematização dos dados, conforme frequência de respostas; c) Identificação dos temas, os organizando em categorias.

Quadro 6. Quadro-resumo das opções metodológicas do estudo
Fonte: elaborado pela pesquisadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na análise das evidências empíricas, obtidas através de entrevistas semiestruturadas, e dos dados secundários, obtidos através da pesquisa documental, o presente estudo visou descrever o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde, criado pela SES/DF, e a percepção dos gerentes estratégicos e das chefias intermediárias do HRC sobre o Programa.

Os resultados da primeira etapa da pesquisa, análise documental, encontram-se nos tópicos 4.1 e 4.2. Já a segunda etapa da pesquisa, nos tópicos seguintes desta seção.

Os participantes da pesquisa foram identificados por meio da denominação “E” seguindo- se pelo número do nível, conforme exposto na seção 3.4 Nesta pesquisa foi possível agrupar os dados em cinco categorias: o PDPAS; o fluxo de funcionamento do PDPAS no HRC; o Processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC; Percepção dos gestores estratégicos e chefias imediatas a respeito dos significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar no HRC e Inovações verificadas a partir da implantação do Programa no HRC.

Nas seções seguintes serão apresentados e discutidos os resultados obtidos após a análise de conteúdo, à luz do referencial teórico abordado.

4.1 O Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde- PDPAS

O PDPAS, Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde, foi instituído pelo Decreto n. 31.625, de 29 de abril de 2010, publicado no DODF nº 82, de 30 de abril de 2010. A operacionalização do PDPAS acontece mediante a alocação e a transferência de recursos financeiros para, supletivamente, apoiar a execução de atividades desenvolvidas pelas Diretorias Gerais de Saúde (DGS) e Unidades de Referência Distrital (URD) da Rede Pública de Saúde (MANUAL PRATICO DE ROTINAS DO PDPAS, 2010).

Segundo o plano diretor, através da portaria 83/2010, as Diretorias Regionais são os Hospitais Regionais: da Asa Sul / HRAS; da Asa Norte / HRAN; de Sobradinho / HRS; de Planaltina / HRPL; de Taguatinga / HRT; da Ceilândia / HRC; do Gama / HRG; de Brazlândia / HRBZ; do Paranoá / HRPA; do Guará / HRGu; do Núcleo Bandeirante, Candangolândia e Riacho Fundo; da Samambaia; do Recanto das Emas; de São Sebastião / HRSS e de Santa Maria / HRSM.

A mesma portaria ainda frisa que, pela especificidade das características das URDs, foram definidas como Unidades de Referência Distrital (URD): a) Hospital de Base do Distrito Federal / HBDF; b)Hospital São Vicente de Paula / HSVP; c) Hospital de Apoio de Brasília / HAB; e) Centro de Orientação Médico-Psico-Pedagógica/ COMPP; f) Laboratório Central do Distrito Federal / LACEN DF e g) Instituto de Saúde Mental / ISM.

> VII. As Unidades de Referência Distrital – URD são unidades públicas de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES DF, destacadas por seus atributos de complexidade, especialização ou finalidade como de referência para todas as DGS (Art. VII da Portaria 83/2010).

Segundo esta mesma portaria, cada uma das unidades realizou um cadastro no CNPJ e recebeu contas bancárias de titularidade da Secretaria de Saúde, com movimentação específica na unidade, por CNPJ, a fim de movimentar os repasses.

É pressuposto básico constitucional a possibilidade de se realizarem ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196 da Constituição Federal de 1988).
>
> São de relevância publica as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...](Art. 197 da Constituição Federal de 1988).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 trouxe como diretrizes do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) a equidade, a universalidade, integralidade e o controle social, sendo seus princípios básicos o acesso universal e igualitário as ações e serviços; a participação comunitária; a rede regionalizada e hierarquizada; e, por último, a descentralização, princípio este, melhor analisado neste estudo em função da natureza descentralizadora do PDPAS.

A descentralização dos hospitais Regionais tem o objetivo de promover uma progressiva desconcentração das compras de insumos para os hospitais no DF, para que os mesmos possam adquirir insumos urgentes e oferecer aos pacientes maior qualidade nos atendimentos, ao tempo em que a rede de saúde possa promover novas licitações de produtos e serviços destinados ao abastecimento da rede sem estar presa a longos procedimentos de compra, muitas vezes paralisados por questões burocráticas.

O PDPAS consiste em uma iniciativa única do governo do Distrito Federal, no sentido de disponibilizar verbas públicas aos hospitais e postos de saúde. Os recursos são utilizados para compra de materiais de consumo e medicamentos, realização de pequenos reparos nas respectivas instalações físicas, contratação de serviços com pessoas físicas e jurídicas, dentro das normas legais, bem como para pagar outras despesas, disciplinadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (MANUAL PRÁTICO DE ROTINAS DO PDPAS, 2010).

A estratégia de descentralização visa amenizar os efeitos que causariam prejuízos à população do Distrito Federal e do Entorno, pois tem uma alta demanda de atendimento, considerando o Entorno do Distrito Federal. A sobrecarga na estrutura do sistema público de saúde é inevitável. Todo o aparelhamento fica comprometido e o resultado são as demoras no atendimento, pessoas insatisfeitas, situações críticas.

Quando totalmente implementada a desconcentração administrativa e financeira da Saúde no Distrito Federal, as Regionais de Saúde passam a ter grande parte das responsabilidades atribuídas aos municípios, no aparato legal que rege o Sistema Único de Saúde / SUS, condição limitada pela Constituição Federal de 1988 que proíbe o fracionamento do território do DF em unidades autônomas (PORTARIA 83, ART. 1º).

A operacionalização do PDPAS dar-se-á mediante a alocação e a transferência de recursos financeiros para, supletivamente, apoiar a execução de atividades desenvolvidas pelas Diretorias Gerais de Saúde – DGS e Unidades de Referência Distrital – URD. Os recursos serão transferidos para contas bancárias abertas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para esse fim.

> Os valores foram calculados com base na média da produção mensal observada em 2009, tal como registrado nos Sistemas de Informação

> Ambulatorial – SIA/SUS e Hospitalar SIH/SUS, gerenciados pelo Ministério da Saúde. (Parágrafo único da Portaria nº 82/2010).

Segundo o decreto n.º 31625/2010, art. 4º, os recursos do PDPAS não poderão ser aplicados no pagamento de despesas com:

> I – pessoal e encargos sociais, qualquer que seja o vínculo empregatício;
> II – implantação de novos serviços;
> III – gratificações, bônus e auxílios;
> IV – festas e recepções;
> V – viagens e hospedagens;
> VI – obras de infra-estrutura, excetuados pequenos reparos de estrutura
> VII – aquisição de veículos;
> VIII – aquisição e/ou locação de equipamento de informática;
> IX – pesquisas de qualquer natureza; e,
> X – publicidade.

Os recursos do PDPAS são utilizados para as seguintes finalidades:

> I – adquirir materiais de consumo e medicamentos, padronizados pela SES;
> II – realizar reparos nas instalações físicas e equipamentos;
> III – contratar serviços com pessoas jurídicas e físicas, observando as normas legais;
> IV – pagar outras despesas, disciplinadas pela SES.
> (MANUAL PRATICO DE ROTINAS DO PDPAS, 2010).

O Projeto Básico é o documento que propicia à Administração conhecer o objeto que se quer licitar, de forma detalhada, clara e precisa. Deve permitir ao licitante as informações necessárias à boa elaboração de sua proposta. Nos termos do artigo 6°, inciso IX, da Lei n. 8.666/93:

> O projeto básico é o conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra ou serviço, ou complexo de obras ou serviços, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilitem a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução.

No caso do PDPAS, o projeto básico deve ser feito também para aquisição de medicamentos e materiais de consumo**.** A adoção desse instrumento é essencial para o bom andamento dos processos, na medida em que constitui um orientador

para os licitantes, amplia a transparência e fortalece o trabalho técnico a ser desenvolvido.

Com a finalização do Projeto Básico, o setor responsável pela instrução das aquisições deverá elaborar o Pedido de Cotação PDPAS. Após a elaboração do pedido de cotação do PDPAS, a Administração deve convidar entre os possíveis interessados do ramo de que trata o objeto da licitação em número mínimo de três, cadastrados ou não. E, logo depois, encaminhar esse pedido aos interessados que sejam do ramo do objeto licitado.

Os elementos e etapas do processo de implantação do Programa serão estudados e discutidos de acordo com as normas e instruções do Manual Prático de Rotinas do PDPAS, 2010:

1) Há, primeiramente, o encaminhamento do pedido feito pela Farmácia, Almoxarifado ou Manutenção à Direção Administrativa, contendo código da Secretaria de Saúde de cada produto, descrição e quantidade necessária para suprir até o reabastecimento do estoque pela Secretaria de Saúde;

2) O diretor administrativo analisa o documento e faz um despacho autorizando a abertura do processo no PDPAS;

3) A Gerência do PDPAS recebe o documento e elabora o Projeto Básico Simplificado. Deste projeto constarão todos os argumentos, necessidades, justificativas, o tempo que o suprimento irá suprir o estoque;

4) São impressos de cada produto necessário para o abastecimento, os nada consta que são: nada consta em estoque na Secretaria de Saúde e no estoque local do Hospital, a fim de comprovar que não há estoque algum do produto; o segundo nada consta é o de Ata de Registro de preço, isto pra provar que não há nenhuma Ata vigente o que inviabilizaria a compra, já que a central pode a qualquer momento solicitar a entrega do produto; Por fim verificar se não há nenhum processo em aberto para compra do produto que é a AFM (Autorização de Fornecimento de Material);

5) Em seguida é aberto um Pedido de Cotação com o código do produto, descrição e quantidade. Posteriormente enviado para as empresas via e-mail, é dado um prazo para entrega das propostas;

6) Após o prazo supracitado é então realizado o julgamento das propostas por itens;

7) Emissão de autorização de fornecimento para cada fornecedor; 8) Após a entrega do produto e o aceite da Farmácia ou Almoxarifado do Hospital, então é finalizado o processo com a liquidação, pagamento em cheque mediante apresentação da nota fiscal com suas respectivas certidões negativas (INSS, FGTS, Receita Federal, Receita do DF e Trabalhista).

O Decreto 31.625/10 deu vida ao processo e ratificou a questão de que as ações seriam progressivas ao estabelecer que, em um primeiro momento, basicamente somente se permitiriam compras emergenciais e de pequenos reparos nas instalações das unidades de saúde.

Para que a aquisição seja possível, são necessárias pelo menos três propostas válidas, isto é, que atendam todas as exigências do Pedido de Cotação e do Projeto Básico. Após todo este processo faz-se relatórios de prestação de contas e encaminha-se para Secretaria de Saúde a cada dois meses. Com este recurso os hospitais regionais passam a ter um valor bimestral para suprir suas necessidades, que não é suprida pela Secretaria de Saúde.

Segundo a portaria nº 84/2010, artigo 3º, as prestações de contas deverão ser documentais e analítico-sintéticas e apresentadas da seguinte forma: a) memorando assinado pelos Diretores Gerais e Administrativos da DGS ou URD encaminhando ao Diretor Executivo do Fundo de Saúde do Distrito Federal a prestação de contas; b) Cadastro atualizado da DGS ou URD; c) Rol de responsáveis atualizado da DGS ou URD; d) Relatório de Atividades; e) Execução da Receita e da Despesa, evidenciando toda a movimentação financeira; dentre outras.

A Figura 2 demonstra os períodos dos repasses e da prestação de contas:

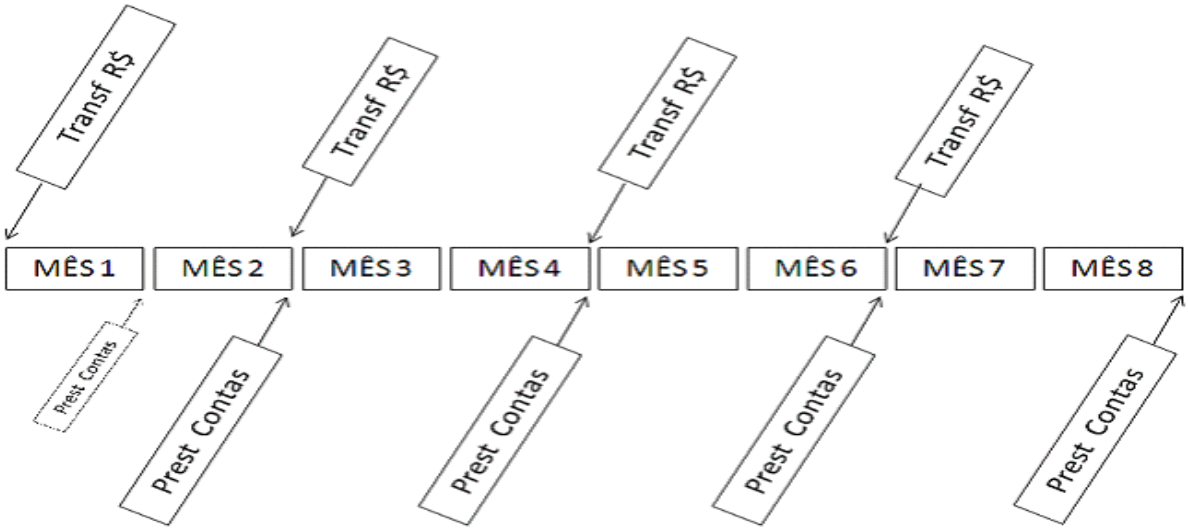

Figura 2. Mapa de repasses pela SES/DF
Fonte: Portaria 84, de 28 de maio de 2010

Os itens “a”, “b”, “c” e “d” do capítulo IV da Portaria nº 83/10, estabelecem quais são os montantes a serem transferidos bimestralmente pela SES DF:

> A. Para as Diretorias Gerais de Saúde, Hospitais Regionais e Unidades de Referência Distrital serão transferidos valores calculados com base no faturamento mensal aferido pelos Sistemas de Informação Hospitalar – SIH e Ambulatorial – SIA do SUS.
>
> B. Para as Diretorias Gerais de Saúde, o valor a ser transferido a cada dois meses será a soma do equivalente a 10% do faturamento médio mensal do Hospital Regional e do equivalente a 8% do faturamento médio mensal do conjunto das unidades localizadas na Regional, aí incluído o Hospital Regional.
>
> C. Para as Regionais de Saúde que não dispõem de hospital em seu território, o valor será o equivalente a 10% do seu faturamento médio mensal.
>
> D. Para as Unidades de Referência Distrital, o valor total será o equivalente a 10% do faturamento médio mensal do estabelecimento em questão.

O programa também prevê que as aquisições serão limitadas pelo valor do gasto, conforme a Lei nº 8.666/93, com o limite de oito mil reais, sob pena de responsabilidade pessoal do exequente, porém traz inovações no sentido de que, no caso deste programa de descentralização as despesas não se realizarão por elementos de despesa, mas sim por código de produto. Isso se dá porque na classificação de elementos de despesa, os medicamentos pertenceriam a um único elemento de despesa, o que tornaria o programa inviável, pois, limitaria os gastos anuais a oito mil reais em medicamentos. Isso, na prática, significaria que as

unidades teriam o dinheiro sem poder de fato realizar o gasto. Assim, definiu-se que, cada produto dentro do cadastro da SES possui um código e que, esse código seria a referência para o limite dos gastos. Definiu-se então, que os gastos chegariam a até oito mil reais anuais por código de produto.

A seguir será estudado o fluxo de funcionamento do PDPAS em uma das DGSs, o Hospital de Ceilândia (HRC), instituição hospitalar lócus deste estudo.

4.2 O Fluxo de funcionamento do PDPAS no HRC

Criou-se no HRC um fluxo em que as solicitações de compras são feitas pela Farmácia, Almoxarifado e Manutenção, como o fluxograma apresentado na Figura 3:

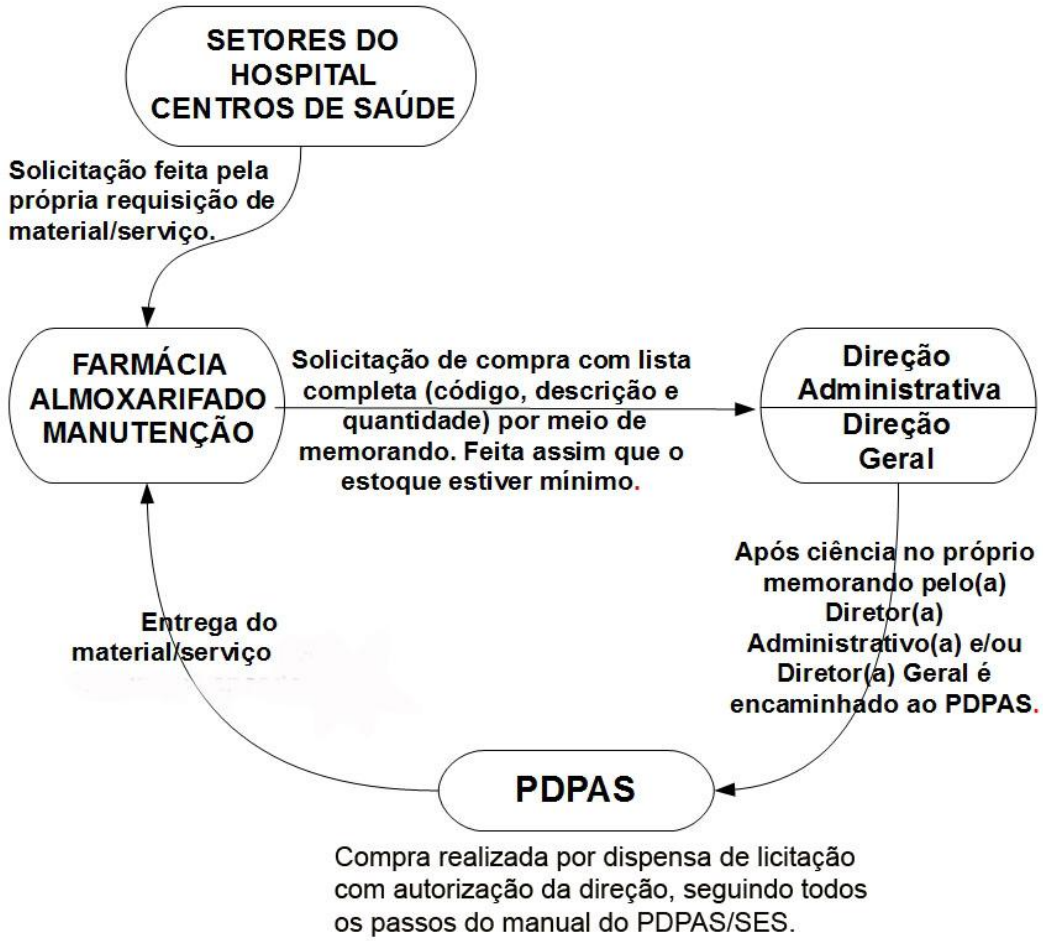

Figura 3. Fluxo de funcionamento do PDPAS no HRC.
Fonte: elaborado pelo Diretor Administrativo do HRC

No contexto do PDPAS, os recursos financeiros são repassados pela SES/DF bimestralmente, por intermédio do Fundo de Saúde. Foi aberta uma conta corrente bancária em nome do hospital para o recebimento deste repasse. Esta conta é administrada pelo Administrador do Hospital, ou seja, o Diretor Administrativo. Também tem corresponsabilidade o Diretor Geral do Hospital.

O programa foi criado para atender às necessidades mais urgentes e principalmente em estado de emergência, quando falta algum insumo hospitalar, como por exemplo o soro fisiológico, essencial para o atendimento emergencial do hospital. Na falta, a farmácia central do hospital deve solicitar por documentos oficiais o produto ao Diretor Administrativo que autorizará abertura de processo para compra. Na portaria 83/2010, em seu capítulo V, artigos X4 e X5, respectivamente, constam que:

> X.4. A autorização para cada aquisição de bens e contratação de serviços deverá ser assinada pelo Diretor Geral ou, na sua ausência, pelo Diretor Administrativo de cada DGS e URD.
>
> X.5. Os cheques administrativos utilizados para o pagamento de bens e serviços deverão ser assinados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Administrativo de cada DGS e URD.

A compra é realizada pelo PDPAS com a modalidade de Dispensa de Licitação e o tipo de licitação é por item. previsto no artigo 24, inciso II, da Lei de Licitações, conforme previsão contida no inciso III do art. 7º do Decreto n.º 31.625/2010.

> Art. 24. É dispensável a licitação:
> [...]
> II - para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso II do artigo anterior e para alienações, nos casos previstos nesta Lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez.

Este tipo de julgamento é fundamental para a diminuição dos custos, já que em uma dispensa de 20 itens, vários fornecedores irão ganhar, uns mais outros menos.

Os processos de compras no HRC se restringiram quase que totalmente àqueles realizados pelo PDPAS. Processos já encaminhados pela central de compras ficaram parados, alguns tinham AFM (Autorização de fornecimento de material), mas não estavam empenhados, os empenhados estavam com atraso na entrega. Essas, entre outras inúmeras situações prejudicaram o regular atendimento à população.

Situações como essas mostraram a relevância do PDPAS, da necessidade de uma efetiva descentralização das compras e necessidades das regionais. O Quadro 7 demonstra os valores das verbas repassadas no anos de 2011 no HRC.

VERBA REPASSADA NO ANO DE 2011
06 repasses - Valor Total: R$ 1.482.221,12
Despesas bimestrais
1º bimestre – 132.803,84
2º bimestre – 250.262,10
3º bimestre – 275.662,06
4º bimestre – 203.883,98
5º bimestre – 269.441,84
6º bimestre – 343.648,92

Quadro7. **Valor da verba repassada no ano de 2011 no HRC.**
Fonte: dados da pesquisa

A aplicação desse recurso, conforme as verbas demonstradas no Quadro 7, atingiu todo o hospital, desde as áreas internas até mesmo as externas, como o estacionamento. O abastecimento de medicamentos, materiais cirúrgicos, produtos descartáveis, entre outros produtos, cujo reestabelecimento pela Farmácia Central ficou paralisado ou em processo de compra foi pronto e imediato. Foram atendidos inúmeros memorandos com as especificações mais diversas no sistema de cadastro da Secretaria de Saúde.

Antes do programa, as aquisições eram realizadas diretamente pela SES/DF que não possuía informação quanto à demanda do Hospital Regional. Consequentemente, a quantidade de material e insumos que era comprada não atendia os setores solicitantes, como Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Ortopedia, entre outros. A partir do fluxo interno do PDPAS no HRC é possível destacar que as aquisições feitas pela Farmácia e pelo Almoxarifado do hospital reorganizaram o abastecimento dentro do HRC, solucionando problemas de falta de materiais.

4.3 Processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC

Inquiridos sobre em que consiste o PDPAS, observou-se, na análise indutiva de conteúdo, que cinco entrevistados convergiram em suas respostas, os quais permitiram identificar que o PDPAS foi criado com o intuito de: a) desconcentrar/descentralizar as ações de saúde e atender uma situação emergencial de desabastecimento nas Unidades de Saúde; b) auxiliar nas compras do HRC; c) atender às necessidades dos pacientes através de um processo menos burocrático de dispensa de licitação e d) suprir faltas de materiais e insumos no HRC, constituindo-se em um sistema emergencial de suporte ao Hospital.

Três depoimentos descritos a seguir mostram, respectivamente, que o PDPAS foi criado com a intenção de desconcentrar/descentralizar as ações de saúde, auxiliar nas compras, atender as necessidades dos pacientes:

> O PDPAS é um avanço para a Administração Pública, porque ele parte do princípio da descentralização. Qualquer ato de descentralização só vem a ajudar. Ele me dá uma pequena autonomia, eu consigo fazer e atender a algumas coisas emergenciais que se fosse fazer pelo tramite normal, licitatório, eu não conseguiria fazer com tempo hábil. PDPAS com uma semana, uma semana e meia eu tenho o produto aqui, em mãos [...]
>
> (E1-N1);
>
> O PDPAS compra os materiais necessários caso haja necessidade, quando tiver falta nos estoques, no almoxarifado, na farmácia central [...] (E2-N1);
>
> O PDPAS compra os produtos e materiais que ainda estão em processo de licitação pela SES/DF que ainda não foi adquirido. É um recurso para suplementar as emergências que estão surgindo, beneficiando muito o paciente [...] (E3-N1).

A Portaria nº 83/10 que regulamenta o PDPAS salienta nas disposições gerais que:

> Quando totalmente implementada a desconcentração administrativa e financeira da Saúde no Distrito Federal, as Regionais de Saúde passarão a ter grande parte das responsabilidades atribuídas aos municípios, no aparato legal que rege o Sistema Único de Saúde / SUS.

Ao investigar em que consiste o PDPAS pelos entrevistados, os resultados apontam que o programa vem sendo utilizado para suprir as necessidades dos hospitais devido à falta de abastecimento pela Administração Central da SES/DF. A

implantação deste sistema pode ser entendida como um conjunto de atividades pelas quais se pretende alcançar os objetivos desejáveis. De qualquer modo, seja qual for o âmbito de operação e abrangência de um programa, sua implementação supõe que uma autoridade central busque fazer que os agentes implementadores atuem de modo a realizar seus objetivos, segundo uma estratégia de atuação considerada a mais adequada pelos agentes formuladores (LIMA, 2011). A figura 4 apresenta as estratégias de atuação principal formulada pela Autoridade Central do PDPAS, a SES/DF, que são implementadas pelos agentes implementadores do PDPAS, no caso, o HRC.

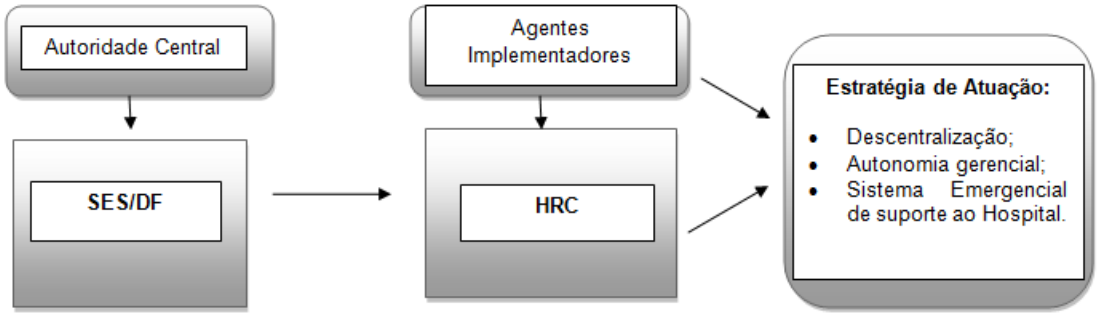

Figura 4. Ideia da Implantação do PDPAS. Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Figura 4, a descentralização não significa outra coisa senão "a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais." (CRETELLA JÚNIOR, 1993, p. 4.346).

No tocante as funcionalidades/aplicações do PDPAS para o HRC, um entrevistado resume sua percepção afirmando que, uma das funcionalidades/aplicações do PDPAS é "suprir as necessidades, atendimento ao paciente direto, sem perda de qualidade [...]" (E2-N1). Por similaridade, a maioria dos entrevistados destacou que a função e aplicação do PDPAS para o HRC são: a) O atendimento emergencial; b) o atendimento aqueles equipamentos que ainda não tem contrato de manutenção; c) rapidez no atendimento ao paciente; d) aquisição de medicamentos, insumos de farmácia, material de consumo de almoxarifado e pequenos reparos.

> Quando a gente está sem contrato de manutenção, a gente pode fazer também reparos na parte de obras civis. Isto se não tiver contrato de manutenção vigente [...] (E5-N1).

> Hoje eu acho que, praticamente, é manter o hospital funcionando. Tem sido muito de “apoio”. Porque falta um medicamento, por exemplo, a gente busca assim de uma maneira bem rápida chamar fornecedor, chamar propostas e comprar o mais rápido possível para o paciente não ser prejudicado [...] (E4-N1).

Em relação aos fatores que facilitaram/favoreceram a implantação do PDPAS no hospital Regional de Ceilandia (HRC), Os entrevistados frisaram que a demanda e a necessidade urgente de abastecimento do HRC são fatores que facilitaram/favoreceram a implantação do PDPAS. Segundo um dos entrevistados (E2-N1), a autonomia gerencial atribuída ao hospital Regional facilitou a implantação deste Sistema Emergencial, pois “a gente está mais próximo do paciente. Sabemos diretamente o que está faltando [...]”. Para outro entrevistado (E4-N1), a participação efetiva e competente dos gerentes na implantação do PDPAS no HRC foi um fator de extrema importância para a gestão hospitalar: “Tudo que se implanta depende de uma equipe receber bem. Quando se trata de recurso, em um hospital público, receber um recurso é muito bem vindo. Funcionar efetivamente, ele passou a funcionar porque passou a ter uma gestão competente que buscou realmente aproveitar o recurso”. Porém, uma entrevistada divergiu em relação aos outros participantes:

> Nenhuma implantação no hospital é fácil. Tudo é difícil. Somente depois de dois anos que a gente consegue ter mais ou menos uma rotina de trabalho. Porque a gente depende muito das chefias, quando muda muito e eles também não querem fazer projeto básico, que tenha obrigatoriedade; ir atrás do código correto; pensa que pode comprar qualquer produto sendo que você não pode, só o que está cadastrado na secretaria [...] (E5-N1).

Rogers (1995) alerta que quanto mais a inovação é percebida como complexa, mais longo será o período necessário para sua adoção e isto foi observado quando os entrevistados citaram desvantagens oferecidas pelo Programa.

Em relação aos fatores mais complexos/que dificultam a implantação do PDPAS no HRC, Os resultados revelam que quatro entrevistados obtiveram respostas semelhantes, ao apontar que o PDPAS não atende apenas às demandas emergênciais e urgentes dos hospitais, mas sim, vem sendo utilizado para suprir todas as necessidades dos hospitais devido à morosidade e burocracia advinda de processos licitatórios complexos na administração central da SES/DF.

O Limite de R$ 8.000,00 foi uma das frases mais proferidas pelos entrevistados, uma vez que “por haver produtos de valor muito alto, não podem ser adquiridos como requer a demanda do hospital, já que as dispensas (de licitação) atingem apenas o limite inferior a R$ 8.000,00 [...]” (E2-N1). Outro entrevistado diz que o poder de compras não é o suficiente. Produtos de valor muito alto não podem ser adquiridos como a demanda requer. (E3-N1).

Conforme um dos entrevistados (E1-N1), o que mais dificultou a implantação do sistema emergencial no HRC foi transferir a responsabilidade para os servidores, pois “O medo é terrível de mexer com dinheiro”.

Percebe-se, assim, que a limitação de R$ 8.000,00 imposta pela legislação vigente, mais especificadamente a lei 8.666/93, e o pouco treinamento e capacitação dos servidores foram fatores que dificultaram a implantação do programa no hospital em estudo.

Ao investigar a respeito da decisão em implantar o PDPAS no HRC, foi possível perceber pela frequência das respostas dos entrevistados que decisão em implantar o PDPAS no HRC foi uma “decisão estratégica de governo” (E1-N1), com o “objetivo de colocar os problemas de falta, carência de materiais e contar direto com o Servidor.” (E3-N1).

> Essa questão de descentralizar recurso já é um objetivo de governos anteriores e até do SUS também. (E4-N1).
>
> O nome de PDPAS não é à toa. As autoridades de saúde estavam pedindo **paz** porque a SES/DF só vivia na imprensa por falta de medicamentos. Hoje ainda saímos na mídia, porém, é muito raro. Hoje temos falta de médicos, mas só que de medicamentos, essas coisas, é mais difícil de ver [...] (E5-N1).

Ao serem questionados sobre se houve um período experimental do programa no hospital, todos os entrevistados responderam que houve um curso de aprimoramento antes de implementar o PDPAS.

> Um curso bem complexo [...]” (E1-N1). “Porém, não houve um teste para saber se o programa iria dar certo.
>
> O programa já estava no papel quando surgiu o curso [...] (E1-N1).

No tocante aos atributos de inovação de Rogers (1995), verifica-se que um dos fins da experimentação, também referenciada como experimentabilidade, é a redução da incerteza quanto à sua aplicação e funcionalidade. Argumenta-se que, caso a

inovação seja testada antes de seu emprego definitivo, sua taxa de adoção será maior.

Nove entrevistados confirmaram que houve um treinamento, porém, somente dois participaram efetivamente. Outros três pouco ou quase nada falaram a respeito.

> Eu não participei na época. Eu não estava. Foram os servidores que participaram. Quando eu cheguei peguei todos os manuais, todas as planilhas que precisavam fazer." (E1-N1).
>
> Foi realizado na sede da SES/DF, um curso na Gestão e Orçamento de Compras, com o prof. Marcelo [...] (E2-N1).
>
> Teve um curso, que na verdade, a aplicação é totalmente diferente do que eles passaram e o que a gente trabalha é totalmente diferente. A nossa prestação de contas, que é bimestral, que teve um período de análise, de experiência (período de experiência) que acho que foi a primeira só, porque daqui pra frente foi tudo normal [...] (E5-N1).

Diante de tais relatos foi possível levantar, a partir da análise de conteúdo temática, como ocorre o processo gerencial de implantação do PDPAS no HRC. As respostas foram separadas por categorias: em que consiste o PDPAS para os profissionais do HRC selecionados**,** funcionalidades/aplicações do PDPAS para o HRC, fatores que favoreceram a implantação do programa, fatores mais complexos/que dificultam a implantação do programa, decisão em implantar o PDPAS no HRC e período experimental.

De acordo com a frequência das respostas dos entrevistados foi possível identificar que o PDPAS é uma ferramenta indispensável para o abastecimento na rede pública de saúde, pois atua como um mecanismo de suporte à gestão hospitalar propiciando uma melhor assistência aos pacientes do Hospital Regional da Ceilândia (HRC). Porém, existem alguns fatores que dificultam o melhor andamento do programa no hospital como o limite de R$ 8.000,00 imposta pela lei 8.666/93 e o pouco treinamento e capacitação dos servidores. A normatização do PDPAS não só cumpre as regras da lei nº 8.66/93 como também cria certas restrições que vinculam o gasto. Relata-se que o PDPAS integra a política pública SUS tendo como essência colocar em prática o princípio da descentralização. O PDPAS foi instituído para progressivamente descentralizar os recursos financeiros aos hospitais e, neste

primeiro momento permitiu que as dispensas se realizassem para cobrir urgências e emergências.

4.4 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica de gestores estratégicos e chefias imediatas

4.4.1 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica de gestores estratégicos

No tocante aos impactos do PDPAS no processo de aquisição de insumos para a gestão hospitalar, os gestores estratégicos alegaram, em geral, que o PDPAS tem um impacto positivo no abastecimento hospitalar. Segundo depoimento de uma entrevistada, o PDPAS melhorou bastante a questão do atendimento ao paciente, “porque como é um processo bem simplificado a gente adquire de forma mais rápida os produtos necessários.” (E3-N1).

Mídia foi a palavra mais proferida pelos entrevistados, uma vez que era comum, antes da implantação do Programa no HRC, o hospital aparecer nos noticiários por dificuldades no abastecimento.

> A gente está na mídia hoje por conta de problemas com médico, profissional médico. Mas não por falta de ataduras, por falta seringa... isto daí, graças a Deus, não [...] (E1-N1).

Para um dos entrevistados o impacto do Programa foi extremamente positivo e importante e “não é exagero dizer que sem ele nossos pacientes teriam passado muito pior, tanto que a gente saiu muito da mídia, por falta de medicamento esse tipo de coisa, a gente não entra mais na mídia [...]” (N4-N1).

Em contrapartida, um dos entrevistados pontuou que a o PDPAS não teve impacto algum para a gestão hospitalar, divergindo dos demais participantes.

> Tendo em vista que a função dele (PDPAS) é só compra emergencial, para suprir poucos itens. Para mim não tem impacto nenhum. Por mais que a gente está abastecendo a Regional (HRC) [...] (E5-N1).

Ao investigar quais expectativas foram atendidas com o programa, de forma geral, houve convergência nos seguintes pontos:

- Agilidade e rapidez nas aquisições de materiais e insumos;
- Melhoria na questão física do HRC no que tange as pequenas reformas e consertos de equipamentos não cobertos por contratos;
- Melhoria do atendimento aos pacientes, garantindo prestação de serviços essenciais à saúde;

Tais pontos podem ser percebidos nos depoimentos de alguns entrevistados:

> Hoje a SES/DF está conseguindo comprar muito mais do que comprava antes. Antes o PDPAS chegou a comprar mais de 70% de produtos internos. Hoje ele ainda compra muito. A gente já chegou a ter uma lista de 150 itens “faltantes”, isso em 2010. Hoje, essa lista baixou pra mais ou menos 20 a 30, senão me engano.” (E1-N1).
>
> Teve uma melhora na questão física mesmo, do próprio hospital; e especialmente no atendimento ao paciente. (E3-N1).
>
> Grande parte dos equipamentos do hospital estava sem contratos de manutenção. Parados, eles provavelmente seriam equipamentos passíveis de se tornarem inúteis à função que cumpriam. Assim, o PDPAS concertou cada equipamento quebrado que estivessem dentro dos critérios. (E4-N1).
>
> Pelo fato de a gerência ter certa autonomia administrativa para fazer as aquisições, dependendo do item não precisa passar pelo tramite normal de licitação. Se passar por uma etapa nova, de carta-convite ou até chegarmos um dia a termos pregão aqui dentro, ficaria ainda melhor. (E2-N1).

Os resultados apontam que o PDPAS tem atendido, de forma geral, as expectativas dos gestores estratégicos no HRC, pois relatam melhorias tanto para os pacientes quanto para o próprio quadro funcional do hospital.

Ao investigar os benefícios que o programa traz para o Hospital, foi possível elencar as seguintes respostas:

- Diminuição da exposição do hospital na mídia;
- Solução rápida de problemas com abastecimento;

- Agilidade no pronto atendimento ao paciente;
- Agilidade nas demandas internas dos servidores;
- Descentralização do abastecimento;
- Melhor relacionamento com fornecedores.

Segundo depoimentos dos entrevistados:

> O benefício é poder solucionar os problemas com maior rapidez. Na licitação normal, dentro de um órgão publico, demoraria em torno de, sei lá, 90 a 100 dias. Aqui a gente conclui em torno de oito dias. Então um remédio ou um medicamento que demoraria um mês para ser adquirido, em oito a dez dias você consegue através PDPAS. (E3-N1);
>
> O atendimento mais rápido as necessidades do paciente e de certa forma aos servidores também (E4-N1);
>
> A estratégia de descentralização veio para amenizar os efeitos que tantos prejuízos causariam à população do Distrito Federal e do Entorno, pois tem-se uma alta demanda de atendimento, considerando o entorno do Distrito Federal.(E5-N1).
>
> Temos fornecedores que a gente tem um bom atendimento, que nos atendem bem nas nossas urgências. Então o fato de não publicar notas de empenho, que isso demora, já é um ponto positivo. O nosso pagamente já é com cheque. São coisas que facilitam. (E1-N1).

Sobre os significados do PDPAS para a aquisição de insumos do hospital, um entrevistado citou que “a participação do PDPAS nas compras realizadas foram determinantes para o sucesso do programa, que pode reabastecer a rede de produtos da Secretaria de Saúde e consequentemente salvar muitas vidas”. (E1-N2). Para outro entrevistado o programa viabilizou de maneira fundamental os processos de compras podendo beneficiar todos os setores. O mesmo cita que “de agosto a dezembro de 2010, 1.231 cirurgias foram realizadas. Quanto a essas cirurgias, todas elas só ocorreram porque os insumos necessários (compressas cirúrgicas, medicamentos diversos, fios cirúrgicos, entre outros) foram comprados de maneira descentralizada por meio do PDPAS. Além disso, os equipamentos consertados viabilizaram, também, que essas cirurgias programadas acontecessem”. (E1-N1). Para outro entrevistado a aquisição de insumos significa evitar que problemas decorrentes da falta de um pronto atendimento às necessidades básicas e emergenciais do usuário pudessem ocorrer. (E5-N5).

> As aquisições ocorreram sempre de forma clara e objetiva e ágil, de modo a evitar que problemas decorrentes da falta de um pronto atendimento às

> necessidades básicas e emergenciais do usuário pudessem ocorrer, os quais agravariam ainda mais a situação, já crítica, do sistema público de saúde, e, principalmente do usuário que espera ter o seu problema de saúde resolvido [...] (E2-N1).

Em contrapartida, outro entrevistado citou que as compras pelo PDPAS não ocorreram de maneira supletiva, como sugere a legislação que regulamentou o PDPAS, mas “elas foram o aporte principal da secretaria de saúde quanto ao suprimento de produtos na rede” (E1-N4).

A partir disso foi possível perceber que o programa não atende apenas às demandas emergênciais e urgentes dos hospitais, mas vem sendo utilizado para suprir todas as necessidades dos hospitais devido à dificuldade e morosidade de abastecimento da rede pela Administração Central.

Raramente é possível afirmar que a implementação de um dado programa tenha, na prática, atingido integralmente os objetivos e as metas previstas. Mais difícil ainda é que um dado programa seja implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores (ALMEIDA, 2003).

Dentre as formas de acompanhamento do PDPAS, tem-se na Portaria nº 83/10 item III, que dispõe que cabem aos órgãos integrantes da estrutura formal da SES, atribuições como: monitorar, avaliar e controlar as DGS e URD no que se refere ao desempenho administrativo, financeiro e implementar normas complementares com vistas à regulamentação e organização dos sistemas regionais de saúde, bem como ao aprofundamento do processo de descentralização das ações de saúde.

4.4.2 Significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar na ótica das chefias intermediárias

Já em relação impactos do PDPAS no processo de aquisição de insumos para a saúde no HRC, as chefias intermediárias também foram questionadas. Em geral, os entrevistados alegaram que os impactos foram positivos, pois “tem-se demandas emergenciais, os pacientes precisam de materiais com urgência. Atende a todas as nossas expectativas” (E2-N2). Para um entrevistado os impactos foram ao encontro do processo de compra que é feito a partir de três orçamentos. Isto foi fundamental

para descentralizar as atividades de compras. “Melhorou pela parte do controle, de entrada e saída do material”. (E3-N2).

Sobre quais expectativas foram atendidas com a implantação do programa, de forma geral, houve convergência nos seguintes pontos:

- Eficiência no processo de compra de medicamentos e matérias de almoxarifado;
- Descentralização do processo abastecimento;
- Poder de compra pelas Chefias intermediárias do HRC.

Tais pontos podem ser percebidos nos depoimentos de alguns entrevistados:

> O abastecimento de medicamentos, materiais cirúrgicos, produtos descartáveis, entre outros produtos, cujo reestabelecimento pela Farmácia Central ficou paralisado ou em processo de compra foi pronto e imediato. A descentralização esperada pelo programa está ocorrendo [...] (E1-N2).
>
> É porque na falta do produto no almoxarifado central, o PDPAS tem esse poder compra. Seria uma forma de reabastecer aquele produto que consta zerado no almoxarifado central [...] (E4-N2).

Quanto aos benefícios do PDPAS, foi possível enfatizar dois pontos que convergiram nas entrevistas:

- Suprir de maneira rápida e emergencial a necessidade de medicamentos e materiais em falta e ;
- Possibilidade controlar as compras por meio da dispensa de licitação.

Estes pontos podem ser percebidos nos depoimentos de alguns entrevistados:

> O programa possibilitou e ainda possibilita a compra de medicamentos e materiais que estão em falta na farmácia central, mas que precisam ser adquiridas com urgência [...](E2-N2).
>
> Comprou-se por meio do PDPAS para o almoxarifado vários produtos como eletrodos, turbantes, mantas cirúrgicas, propés, gorros descartáveis, geléias ecogel, ácidos graxos, caixas coletoras perfurocortantes, numeradores de chumbo, fixadores automáticos e vários outros. Quanto aos dois últimos itens adquiridos, essenciais à identificação e revelação de exames dos pacientes. (E3-N2)
>
> Para caracterizar ainda mais o estado de criticidade em que o hospital se encontrava antes do PDPAS é necessário relatar a questão de recargas de *toners* e cartuchos das impressoras do hospital. Basicamente todas as impressoras alocadas no hospital são de posse de uma empresa

> terceirizada, a qual deixou de recarregá-las e de fornecer papel para cópias. O caos só esteve sob controle devido a possibilidade de lançar esse serviço em dispensa de licitação. A própria situação apresentada é enfática em si mesmo para caracterizar a relevância desse programa e como ele foi útil ao hospital [...] (E4-N2).

Ao investigar o significado do PDPAS para a aquisição de insumos no Hospital, destaca-se que os 4 entrevistados desta categoria obtiveram respostas similares, enfatizando dois pontos: a) suprir as necessidades emergências do HRC e b) melhor controle de entrada e saída de material.

> Atendimento da demanda do paciente com o máximo de urgência [...]
>
> (E2-N2).
>
> Ele significa até uma forma de controlar melhor a compra e a saída do material de consumo [...] (E3-N2).

Verificou-se que tanto os gestores estratégicos quanto as chefias intermediarias obtiveram percepções semelhantes quanto os significados e benefícios do PDPAS para a gestão hospitalar. Para garantir a efetividade da organização é indispensável à aquisição de tecnologias da informação que forneçam aos gestores uma visão global e integrada de todos os processos e setores da organização, bem como subsidie a tomada de decisão (GUERINE et al., 2009)

Destaca-se que o programa deve centralizar as ações para o alcance do seu objetivo, que é repassar os recursos de forma suplementar para a manutenção e o regular funcionamento dos serviços das Regionais de saúde mantidas pela SES/DF. Nesse sentido, para focar nos objetivos do programa percebe-se a necessidade de a rede pública de saúde se restabelecer, o que poderia resolver o problema de desabastecimento da própria rede. Enquanto isso não acontecer, o programa continuará praticamente preenchendo as lacunas que são de responsabilidade da SES/DF, quando deveria garantir o melhor atendimento do usuário.

4.5 Possíveis Inovações verificadas a partir da implantação do Programa no HRC, à luz da literatura.

4.5.1 Inovações verificadas sob a ótica dos gestores estratégicos

Foi perguntando aos entrevistados se poderia descrever se houve mudanças significativas nas rotinas dos setores e/ou processos com a implantação do PDPAS no Hospital. Observou-se que 3 entrevistados obtiveram percepções semelhantes quando verificadas as frequências de suas respostas, as quais permitiriam identificar que o PDPAS aporta à gestão hospitalar os seguintes elementos: a) implementação de planilhas que não existiam; b) descentralização de pedido de compra para a farmácia e almoxarifado; c) as aquisições de materiais são feitas através de memorandos e circulares; d) criou-se um setor específico para o PDPAS, com formação de equipe. Três depoimentos descritos a seguir mostram tais procedimentos:

> Eu implementei as planilhas que não existiam. As planilhas do Excel que existiam “amarravam” a minicontabilidade. Fomos até elogiados. A primeira prestação de contas nossa, foi a melhor da Secretaria. Até hoje a prestação de contas nossa é elogiada e dada como modelo. Inclusive a prestação de contas anual [...] (E2-N1).
>
> Antes do programa os setores solicitavam os produtos que estavam em falta, o que acontecia: lá na ponta, por exemplo, na UTI adulto, quando falta o produto lá, já faltou na farmácia, dentro do hospital e aí vinha a chefe da UTI com documento pedindo para que eu comprasse. Ou seja, a gente comprava com a ponta aqui já faltando. Hoje isto mudou: quem faz o pedido de compra é só a Farmácia e o almoxarifado [...] (E1-N1).
>
> Hoje a gente atende a muitos memorandos, principalmente da farmácia e do almoxarifado. Antigamente, com o Suprimento de Fundos, não existia isto e a gente não tinha essa equipe formada [...] (E4-N1).

O PDPAS retrata características de inovação administrativa, por promover melhorias ou trazer algo novo para o processo gerencial (BIRKINSHAW; HAMEL; MOL, 2008). É uma inovação baseada na introdução de novo método ou novo processo para a gestão hospitalar.

Em contrapartida, outro entrevistado frisou que não houve mudanças. Na verdade criou-se uma nova rotina. “Porque antes não existia, então a gente criou uma rotina que: quando você precisa de alguma coisa da farmácia e do almoxarifado você tem que fazer uma solicitação para eles para passem para a diretoria administrativa e posteriormente passem para o setor do PDPAS. E antes não existia isso. Porque não tinha compras aqui. Não tinha nenhum setor que comprava, não tinha um setor que poderia suprir este problema” (E5-N1). Outro entrevistado não respondeu a

pergunta: “Não sei a forma como era antes. Já cheguei aqui com este processo.” (E3-N1).

Quanto ao aprimoramento em relação ao modelo anterior, a maioria dos entrevistados citou que houve um aprimoramento, alegando que antes do programa havia um “Fundo de suprimentos que abastecia o hospital”.

> Existia um fundo aqui que era de oito mil reais. Somente em algumas diretorias e chefias tinha dinheiro para comprar coisas mais emergenciais. Mas não dava pra nada. Na verdade esse fundo acabou. Não teve continuidade. (E1-N1).

> Hoje com o PDPAS somente a diretoria pode gerenciar e descentralizar o abastecimento para vários setores dentro do Hospital. Com o modelo anterior, cada chefia era responsável por aquele valor, compraria para aquele setor dele só. (E2-N1).

Em relação ao surgimento de inovações tecnológicas nos processos de desenvolvimento, o entrevistado aponta que a informatização foi muito relevante para o aprimoramento das ferramentas de trabalho. “As compras já são lançadas no sistema. As notas fiscais já são “baixadas” no sistema e já são separadas. Antes tinha que fazer um controle de estoque separado, isolado, na farmácia. Aqui a gente fazia manualmente em fichas. Então isso fazia com que a gente errasse, em questão de números.” (E4-N1).

Condiserado Mussi e Canuto (2008), a área de tecnologia da informação representa um setor de auxílio na busca de soluções e na identificação de oportunidades de inovação e de desenvolvimento. Por outro lado, estes autores salientam que é necessário que os funcionários da organização reconheçam eventuais inovações como benéficas em seus atributos, para que, de fato, as adotem.

Segundo Francini (2012), ao identificar o grau de informatização de uma organização é possível identificar sinais e aspectos relevantes no que diz respeito ao modelo mental e cultural predominante, porte e tipo de organização e, possivelmente, sua propensão à inovação.

Um entrevistado resume sua percepção afirmando que não havia um modelo anterior propriamente dito: “A gente não tinha modelo anterior. O PDPAS foi uma lei, teve um decreto, depois uma portaria única, ela não foi alterada, não foi retificada. Não havia setor de compras no HRC. Então não teve aprimoramento” (E5-N1).

Outro entrevistado não respondeu a pergunta: “Não sei a forma como era antes.” (E3-N1).

Diante disso, pode-se dizer que a incorporação de novos processos e métodos inicialmente adotados para atendimento do paciente assume características de mudança episódica (WEICK; QUINN, 1999), uma vez que esta dimensão de mudança organizacional trata-se de eventos delimitados, considerados como não frequentes, descontínuos, intermitentes e intencionais. Neste momento, adotam-se mudanças que visam a uma readaptação da organização.

Logo em seguida, ao investigar se o PDPAS mudou a forma como os funcionários trabalham em seus setores, a maioria dos entrevistados apontou que sim. Citando que: a) normatizou os procedimentos/atividades em cada setor e b) aumentou a quantidade de trabalho

> Na ponta, normatizou a coisa. Com o tempo os chefes passaram a se preocuparem mais com estoque. Uma coisa é você jogar na partilheira e utilizar. Outra coisa é você contar na prateleira o que está faltando e a previsão disso pra chegar. Então os setores começaram a fazer uma previsão maior do estoque e um controle maior também [...] (E1-N1).
>
> Com o setor de compras criado, então a gente trabalha bastante aqui.
>
> (E4-N1)

Diante disto, para Mussi e Canuto (2008) as alterações nas posições de poder e prestígio, a insegurança em adotar novos métodos de trabalho, a questão do reconhecimento e legitimação de novas práticas, a ausência ou excesso de controle sobre informações relevantes representam alguns dos elementos que, em maior ou menor grau, interferem na interpretação dos atores envolvidos sobre uma inovação e no compasso em que a mesma será aceita e operacionalizada.

Porém, um entrevistado divergiu da resposta, relatando que não houve uma mudança de trabalho: “Ele (PDPAS) não existia antes. Então foi adaptado conforme a gente começou a trabalhar. A gente não criou as normas internas.” (E5-N1). Outro entrevistado não respondeu a pergunta: “Não sei a forma como era antes.” (E3-N1).

Para Rogers (1995), as mudanças na dinâmica de trabalho ocasionadas pela introdução de inovações representam um estímulo cujos significados atribuídos e as respostas de cada um podem variar, entre outras razões, conforme o grau de interação com a inovação, o quanto ela interfere nas atividades de cada indivíduo ou

grupo, e na medida em que eventuais atributos contidos nela são percebidos como positivos.

Já concernente aos ganhos para o hospital, de forma geral, houve convergência nos seguintes pontos:

- Redução do desperdício;
- Criou-se uma conscientização por parte dos servidores em relação ao desperdício de materiais;
- Atendimento mais preciso e eficiente aos pacientes;
- Reparos nas instalações físicas do hospital;
- Qualidade de vida para os pacientes;
- Urgência nas soluções dos problemas de abastecimento.

Tais pontos podem ser verificados nos depoimentos de entrevistados:

> Acabou muito o desperdício. Antes se desperdiçava muito. Então eles tiveram mais consciência. Estão vendo que o dinheiro é pouco. Que tem limite. Vai ficar sem se utilizar demais, criou-se uma conscientização por parte dos Servidores. [...] (E1-N1)
>
> Um atendimento mais preciso, eficiente, rápido, tanto para o paciente, quanto nos reparos feitos em equipamentos que serão utilizados por funcionários para o próprio hospital e que acaba beneficiando tanto o paciente, como o servidor [..] (E2-N1)
>
> Melhora-se tanto para o paciente quanto para os próprios servidores. Então isto afeta tanto a qualidade de vida, não só do próprio paciente como do Servidor [...] (E3-N1).
>
> Resolver as pequenas urgências que a gente pode resolver sem entrar em processo de licitação [...] (E4-N1).

No tocante aos atributos de inovação de Rogers (1995), verifica-se que, quanto ao critério de observabilidade ou resultado de uso, O PDPAS representa efeitos positivos para a administração hospitalar. Segundo este autor a percepção dos resultados de uma inovação pode acelerar seu processo de adoção.

Para este mesmo autor a fase de reconhecimento de um problema ou necessidade se caracteriza por um estímulo a pesquisa e desenvolvimento de soluções para fazer face ao problema ou necessidade diagnosticada. Assim, torna-se importante observar que o PDPAS atua como um sistema emergencial de abastecimento hospitalar, cujo processo de implantação no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) resulta em mais vantagens que desvantagens, fazendo com que este hospital reinterprete seus processos e métodos de trabalho (PEREZ; ZWICKER, 2010), surgindo ações de melhorias e incremento a inovação.

4.5.2 Inovações verificadas sob a ótica das chefias intermediárias

Ao investigar sobre as mudanças ocorridas nas rotinas dos setores e/ou processos com a implantação do PDPAS no Hospital, observou-se, que três componentes obtiveram respostas semelhantes, os quais permitiriam identificar que o PDPAS diferenciou e ainda diferencia as atividades e processos internos de trabalho.

> O serviço diferenciou porque, atualmente, a gente recebe o medicamento, tem que verificar o que está em falta o que não veio, como está o abastecimento na Central, se existe compra, qual a previsão de entrega para poder gerar o pedido para o PDPAS. Então houve mudanças, com certeza [...] (E1-N2).

> Houve mudanças nos processos de trabalho: quando o material chega tem que checar, realizar o recebimento desse material no sistema e passar para a Diretoria do PDPAS [...] (E4-N2).

Um dos entrevistados não pôde responder a este questionamento porque trabalha somente a 1 ano no HRC. “Eu já cheguei aqui e já tinha este procedimento.” (E3-N2).

Quando entrevistados discorriam sobre mudanças nas rotinas dos setores e/ou processos com a implantação do PDPAS no Hospital, evidenciava-se que o PDPAS é percebido como uma inovação da gestão. Na ótica de Birkinshaw, Hamel e Mol (2008), inovação em gestão é a invenção e implementação de uma prática de gestão, processo, estrutura ou técnica que é nova para o estado da arte e destina-se

a novas metas organizacionais. Ao adotar uma perspectiva evolucionária intraorganizacional, estes autores examinaram as funções de agentes-chave de mudanças dentro e fora das organizações para direcionar e dar forma a quatro processos – motivação, invenção, implantação e teorização/rotulagem – que coletivamente definem um modelo que identifica como a inovação em gestão surge. Nesta dimensão, destaca-se a implantação, que é o processo técnico de estabelecer o valor da nova inovação em gestão em uma situação real e a teorização e rotulagem, o processo social por onde indivíduos dentro e fora da organização dão sentido e validam a inovação para construir sua legitimidade.

Quanto ao aprimoramento de métodos, processos ou rotinas de trabalho no hospital, em relação ao modelo anterior de aquisição de materiais, a maioria dos entrevistados corroborou em suas percepções para os seguintes pontos:

> A gente sempre estava na dependência da central e não tinha nem como cogitar comprar alguma coisa com verba do local, do HRC. Atualmente a gente pode adquirir produtos específicos, temos verbas para comprar os insumos, não dependemos mais da central de abastecimento da SES/DF [...] (E1-N2).
>
> Foram atendidos inúmeros memorandos com as especificações mais diversas no sistema de cadastro da Secretaria de Saúde[...] (E2-N2)
>
> A gente não comprava, a gente fazia o pedido mensal, ou emergencial para o almoxarifado central. Com o programa, na falta de material, a gente já solicita ao PDPAS a compra desse material. Então o processo de compras é mais rápido [...] (E4-N2).

Diante disso, admite-se que o PDPAS é uma inovação para a gestão hospitalar, quando analisado o processo de descoberta, experiência, desenvolvimento, e adoção de novos processos de produção e estruturas organizacionais (GOMES, 2008).

Quando questionados se o PDPAS mudou a forma como os funcionários trabalham em seus setores, a maioria dos entrevistados enfatizou, a partir da análise temática de conteúdo, que houve mudanças, acrescentando-lhes mais trabalho. A expressão “houve mudanças” apareceu em três entrevistas realizadas junto ás chefias intermediárias do HRC.

> Antigamente a gente trabalhava um pouco menos. Como não tinha essa possibilidade de aquisição, não adiantava a gente *tá* olhando como que está o pedido de compra na central, se tem previsão de entrega, porque a gente não tinha pra onde recorrer. (E1-N1).

> Agora temos a certeza de que podemos adquirir os materiais, medicamentos. Antes ficávamos a “ver navios”. (E2-N2).

Com base nos resultados da análise, verifica-se tanto no nível estratégico como no nível intermediário padrões semelhantes de respostas. A partir disso pode-se concluir que existe uma relação significativa entre a implantação do programa e a percepção dos entrevistados sobre a introdução de novos métodos e práticas para a gestão do HRC, permitindo constatar que a implantação do PDPAS no HRC tem características relativas à inovação administrativa.

Gomes (2008) argumenta que a definição de inovação administrativa encontra-se aberta a diferentes interpretações, uma vez que esse tipo de inovação pode ser representado por diferentes rotinas e processos. Birkinshaw, Hamel e Mol (2008) argumentam que inovações em gestão são introduzidas por indivíduos com o objetivo de fazer com que suas organizações trabalhem mais efetivamente.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo considerou na abordagem de inovação administrativa, a adoção do PDPAS como objeto de estudo, tendo por objetivo verificar se houve melhorias no processo gerencial de suprimentos e se as mesmas poderiam ser classificadas como inovação administrativa. O estudo objetivou conhecer, a partir do suporte teórico-normativo sobre o PDPAS e na percepção dos profissionais de nível estratégico e de nível intermediário do HRC, os significados e benefícios oferecidos pelo programa à gestão hospitalar, considerando fatores mais e menos complexos deste processo de implantação. Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, somando-se nove entrevistas.

A contribuição deste trabalho consistiu em estudar o PDPAS associado à discussão de inovação administrativa. Para o alcance do objetivo principal, objetivos específicos foram formulados e distribuídos no capítulo empírico (4). Assim, seria possível realizar o estudo do objeto a partir da pesquisa documental e da percepção dos profissionais participantes das entrevistas no HRC: os de níveis estratégicos e os de níveis intermediários. Isto contribui com a intenção de analisar sob diferentes óticas um mesmo fenômeno.

Os resultados obtidos a partir da pesquisa documental mostram que o PDPAS foi criado com o intuito de desconcentrar/descentralizar a gestão do abastecimento hospitalar e atender à situação emergencial de desabastecimento nas Unidades de Saúde, destinando-se, supletivamente, à manutenção e ao regular funcionamento dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que no contexto em que foi implantado, o PDPAS foi a principal fonte de aquisição de produtos e serviços para o hospital e unidades de centros de saúde. É possível dizer, a partir da análise documental, que a principal característica do programa é a descentralização progressiva administrativa e financeira, por meio de transferência de recursos financeiros do GDF, através da SES/DF. Esta descentralização integra o princípio de política pública do SUS. O objetivo do PDPAS é atender as demandas emergenciais e urgentes das Unidades Executoras (UEx), utilizando-se a dispensa de licitação prevista na Lei nº 8.666/93.

A proposta do programa é que ele atue de forma suplementar, dando autonomia gerencial progressiva aos Hospitais regionais.

A investigação sobre o fluxo de funcionamento do programa no HRC apontou que a implantação do PDPAS mostrou-se relevante para o hospital, pois tem contribuído com uma efetiva descentralização das compras e necessidades do Hospital, que ainda enfrentam dificuldades porque esse poder de compras não é o suficiente. Com a centralização do pedido de compra para o PDPAS na Farmácia e no Almoxarifado, solucionaram-se os problemas da falta de produtos nos setores como Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Ortopedia, entre outros. Antes os pedidos eram feitos diretamente ao PDPAS, que por sua vez não detinha a informação do quantitativo geral de pedidos de compra do hospital. Assim, quando comprava, a quantidade de produtos não atendia se quer o setor solicitante, pois a Farmácia/Almoxarifado já havia distribuído para outros setores também, visto que o mesmo produto é comum a vários setores.

Os relatos apontam que o PDPAS foi um grande avanço neste processo de descentralização da saúde para o HRC. A participação do PDPAS nas compras realizadas no hospital, as quais foram determinantes para o sucesso do programa, pode reabastecer a rede de produtos da Secretaria de Saúde e consequentemente salvar muitas vidas.

O estudo aponta que a implantação deste “sistema emergencial de abastecimento” permite detectar as necessidades mais urgentes do hospital. A dispensa de licitação permite que a compra seja realizada com maior rapidez. O programa trouxe uma melhora na qualidade do atendimento aos pacientes do hospital podendo lhes proporcionar qualidade de vida e agilidade no pronto atendimento. É de suma importância enfatizar, segundo os relatos dos entrevistados, que o programa permitiu que o HRC diminuísse sua exposição na mídia por conta de falta de materiais e insumos. Porém, a maior dificuldade encontrada é o limite de R$ 8.000 nas dispensas de licitações para as aquisições do hospital. Este valor não supre as demandas dos hospitais, pois em alguns itens comprometem esse valor em apenas uma compra.

Necessário se faz apontar que as compras pelo PDPAS não ocorrem de maneira supletiva, como sugere a legislação que regulamentou o PDPAS, mas elas têm sido

o aporte principal da SES/DF quanto ao suprimento de produtos na rede, segundo depoimentos dos entrevistados.

Com base nas evidencias empíricas é possível concluir que a implantação PDPAS no HRC é uma inovação administrativa (BIRKINSHAW; HAMEL; MOL, 2008), pois a adoção do programa contribuiu para melhorias e transformações no processo gerencial do abastecimento na organização hospitalar analisada.

Admite-se, por fim, que o PDPAS é um sistema emergencial de abastecimento da rede hospitalar cujo papel principal é suprir os hospitais regionais, de maneira rápida e eficaz, cujo processo de implantação resultou em mais vantagens do que desvantagens para o HRC, refletindo o conceito de uma ideia, prática ou algo novo para a administração hospitalar (ROGERS, 1995).

A implantação de um sistema, bem como toda a tecnologia de informação que dá suporte a este processo, pode impactar mudanças estruturais, assim como os processos organizacionais, organograma, alteração dos espaços de trabalho, definição de cargos entre outras alterações inerentes as novas formas de trabalho possíveis com o uso da nova tecnologia. A aquisição e implantação de um sistema de gestão representam para as organizações muito mais do que inovação e aprimoramento tecnológico, mas acima de tudo mudanças organizacionais (GUERINI; PLEBANI; MACHADO, 2009).

5.1 Limitações do estudo

Constatou-se que o PDPAS, por ter sido formulado por gestores da SES/DF, teria, também, de ser estudo neste lócus mais amplo e não somente em um hospital Regional. Porém, o difícil acesso à SES/DF inviabilizou a interação com estes atores-chave do processo de implementação do programa na rede hospitalar.

É importante salientar, também, que para a realização da coleta das evidências empíricas, uma das estratégias iniciais seria proceder às entrevistas com os chefes e coordenadores de, pelo menos, quatro setores do HRC como a pediatria, pronto socorro e cirurgia, como forma de identificar a percepção destas “chefias intermediárias” sobre a implantação do programa, objeto desta pesquisa, no HRC. Entretanto, ter acesso para entrevistar estas pessoas no hospital foi de extrema

dificuldade. Sendo alegada a falta de tempo para responder às perguntas da entrevista.

5.2 Sugestões de estudos futuros

Entre as contribuições a serem desenvolvidas por estudos futuros, sugere-se a investigação de inovações para estudos que adotem o desafio de verificar inovações em licitações públicas como forma de minimizar as dificuldades encontradas no PDPAS, como o limite de R$ 8.000,00 no exercício fiscal. Pois o objetivo dos hospitais regionais é continuar este processo e avançar cada vez mais, de forma a acrescentar outras modalidades de licitação como a Carta-Convite.

Enquanto o desenvolvimento teórico desta pesquisa teve como base a perspectiva de inovações administrativas em organização hospitalar, pesquisas futuras poderiam analisar a consequência dessas inovações na rede de saúde. Por exemplo, pesquisadores poderiam observar variações na forma como as inovações foram implementadas, ou mesmo, na forma como a inovação foi recebida pelos usuários. Pesquisas nesse sentido possibilitariam compreender com mais profundidade o impacto do processo de inovação e de sua eficiência na tomada de decisão organizacional.

Outra indicação de pesquisas futuras diz respeito à reaplicação da presente pesquisa em outros hospitais regionais, de diversos portes, e na própria SES/DF, pois é da SES/DF que partiu a motivação para implementar o PDPAS na rede hospitalar do Distrito Federal. Poderia ser acrescentado outro roteiro de entrevista semiestruturada para analisar a percepção dos gestores da Secretaria de Saúde do DF sobre o programa, relacionando com a abordagem da inovação administrativa, foco da presente pesquisa.

Esta pesquisa tem relevância por, dentre outros fatores, contribuir para definição de políticas de saúde. Sendo assim, como última sugestão, pesquisas futuras poderiam aprofundar o estudo sobre as políticas de saúde para o setor hospitalar. Questão que remete à configuração das instituições de saúde, ao modo como se organizam expressando lógicas materializadas em relações e equipamentos sociais, em tecnologias específicas de governo. A coordenação dos processos de trabalho e da organização do sistema de saúde não deve ter como pressuposto a centralização do

poder de decisão. Estudos futuros poderiam investigar a participação política do SUS, propondo aceitar o desafio de criar novas alternativas e também de reinventar as já existentes. Outros programas, assim como PDPAS, poderiam acelerar o processo de descentralização em todo setor hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L. **Da formulação à implementação:** análise das políticas governamentais de educação profissional. Tese de doutorado defendida no Instituto de Geociências da Unicamp, 2003.

ARAÚJO, E. A.; ARAÚJO, A. C.; MUSETTI, M. A. Estágios organizacionais da logística: estudo de caso em organização hospitalar filantrópica. **Produção**, São Paulo, outubro 2011.

ARRETCHE, M. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas.** In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs). Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARRETO JUNIOR, I. F. B.; SILVA, Z. P. D. São Paulo em Perspectiva. **Reforma do Sistema de Saúde e As Novas Atribuições do Gestor Estadual**. São Paulo, 2004. p.47-56.

BIRKINSHAW, J.; HAMEL, G.; MOL, M.J. Management innovation. **Academy of Management Review**, v. 33, n. 4, p. 825-845, 2008.

BORBA, G. S de. ; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Planalto**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao /Constituiçao.htm. Acesso em: 30 jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm. Acesso em: 30 jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 - Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da

Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10520cons.htm. Acesso em: 30 jan. 2013.

BRITO, K.; CÂNDIDO, G.; Difusão da inovação tecnológica como mecanismo de contribuição para a formação de diferenciais competitivos em pequenas e médias empresas. **Revista Eletrônica de Administração**, v.9, n.2, 2003.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Bras Enferm**, v.57, n. 5, set/out. 2004, p. 611-614.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar:** um enfoque em sistemas de saúde. Barueri: Manole, 2002.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à Constituição –1988.** 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

DALARMI, L. Visão Acadêmica. **Gestão de Suprimentos na Farmácia Hospitalar Pública**, Curitiba, 2010, v.11, n.1, pag. 82-90.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 31.625**, de 29 de abril de 2010. Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS para as Diretorias Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 30 abr. 2010. Disponível em: Disponível em: http://www.saude.df.gov.br. Acesso em: 12 de jan de 2013.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Manual Prático de Rotinas do PDPAS** – Aquisições de Bens e Serviços. 2010, 1º Edição. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 28 de jan de 2013.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 82**, de 28 de maio de 2010. Estabelece os valores a serem transferidos no escopo do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS da SES DF. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em: www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-010/Seção01 -%20105.pdf. Acesso em: 28 de jan de 2013.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 83**, de 28 de maio de 2010. Regulamenta o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS instituído pelo Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em: http://

www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-010/Seção01 -%20105.pdf. Acesso em: 28 de jan de 2013.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 84**, de 28 de maio de 2010. Dispõe sobre o Controle, a Avaliação de Resultados e as Prestações de Contas dos recursos do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS no âmbito da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. . Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/ diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-010/Seção01-%20105.pdf. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial>. Acesso em: 28 de jan de 2012.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. **Mapping Innovation dynamics in hospitais.** Research Policy, v. 34, n. 6, p. 817-835, 2005.

FARIAS, J. S. **Inovação em Gestão Hospitalar apoiada em tecnologia de informação e comunicação: um estudo em hospitais de Brasil e Espanha.** PPGA, 2010. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

FRANCINI, W. S. **Modelos de gestão da inovação: Um Estudo de Casos em Empresas Brasileiras do Setor Petroquímico.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, 2012. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

GALLOUJ, F. **Innovation in the service economy:** the new wealth of nations. Cheltenham: Edward Elgar, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, A. O. **Difusão de Inovações Administrativas e Localização Estrutural em Redes de Empresas Construtoras de Obras Públicas.** Brasília: PPGA, 2008. Dissertação (Mestrado em Administração)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

GOMES, A. O.; GUIMARÃES, T. A. Difusão de inovação Administrativa e Localização Estrutural em Rede de Empresas. **RAI- Revista de Administração e inovação.** São Paulo, V.5, n.3, p. 05-19, 2008.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 38, Jan./Mar. 1998. 80-90.

GONÇALVES, E.L. (org.) **Gestão Hospitalar: Administrando um hospital moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006.

GUERINI, A. L.; PLEBANI, S.; MACHADO, D. DeL Prá Netto. **Impacto dos Sistemas Integrados de Gestão na Estrutura de uma organização Hospitalar.** In: II ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO DA. ANPAD, Recife-PE, 21-23 jun. 2009.

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

ISIDRO FILHO, A. **Adoção de Inovações apoiadas em tecnologias de informação e comunicação, formação de competências e estratégias de aprendizagem em hospitais**. PPGA, 2010. Tese (Doutorado em Administração)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

LIMA, J. D. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública.** Brasil, Rio de Janeiro, out. 2006. 2179-2189.

LIMA, J. V. **Implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Monografia em Administração- Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jul. 2012. 1903-1914.

MACHADO, D. D.P.N.; BARZOTTO, L. da C. Ambiente de Inovação em Instituição Hospitalar. **RAI – Revista de Administração e Inovação.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 51 - 80, jan./mar. 2012.

MAGALHÃES, M. G. **Gestão do Hospital São João Batista - Contribuições para o Desenvolvimento de uma Gestão Participativa e Descentralizada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouça, Rio de janeiro, abr/2006.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 28 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

MIRANDA, V. A.; ARRUDA, V. L. D.; BRANCO, E. S. Gerenciamento dos medicamentos em hospitalares públicos. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, jan./jun. 2011. 45-51.

MUSSI, F. B.; CANUTO, K, C. Percepção dos Usuários sobre os atributos de uma inovação. **Revista de Gestão da USP**, São Paulo, v. 15, n. especial, p. 17-30, 2008.

NETA, F. A. D. S.; BRANCO, E. D. S.; LEITE, G. D. A. Gerenciamento de medicamentos em redes hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). **RAHIS.Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p.11-21, jan./jun. 2011.

OKAZAKI, R. **Identificação de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de são paulo**. Fundação getulio vargas- Escola de administração de empresas de são paulo, são paulo, 2006.

PAULUS JÚNIOR, A. Revista Espaço para a Saúde. **Gerenciamento de Recursos Materiais em Unidades de Saúde**, Londrina, dezembro 2005. v.7, n.1, p.30-45.

PEREIRA, J.M. A importância da logística no âmbito hospitalar. **Notícias hospitalares gestão de saúde em debate.** São Paulo, n. 37, jun./jul. 2002.

PEREZ, G.; ZWICKER, R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. **Revista de Administração da Mackenzie – RAM**, São Paulo, v.11, n.1, p. 174-200, jan./fev.2010.

RICHARDSON, R. **Pesquisa Social:** Métodos e Técnicas. Editora Atlas. 3.ed. São Paulo, 2007.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations.** 4th. New York: The Free Press, 1995.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico.** Editora Fundo de Cultura, Rio de Janeiro, 1982. Original: 1982.

SILVA, L. M. V. et al. Cad. Saúde Pública. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**, Rio de Janeiro, fev. 2007. 355-370.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; HARLAND, C.; HARRISON, A.; JOHNSTON, R. **Administração da Produção.** São Paulo: Ed. Atlas. 2ª Ed.2002.

SOUZA, A. A.; AMORIM, T. L. M.; GUERRA, M. Análise dos Sistemas de Informações de hospitais. **RAHIS**- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Minas Gerais, Jul/dez 2008.

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

TETHER, B.S. **What is innovation? Approaches to Distinguishing New products and Processes from Existing Products and Processes**. CRIC Working Paper, nº12, 29 th Aug. 2003, ISBN 1 84052010-8.

VERGARA, S. C.; **Projeto e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WEICK, K. E.; QUINN, R. E. **Organizational change and development. Annual Review of Psychology**, v. 50, p. 361-386, Feb. 1999.

SITES PESQUISADOS:

Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/003/0030100asp?ttCD_CHAVE=22974>. Acesso em 30/01/2013.

Disponível em < http://portal.cfm.org.br >. Acesso em 12/02/2013.

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a). Colaborador(a),

Esta pesquisa é parte da monografia de Graduação em Administração de Empresas da Universidade de Brasília (UnB) e tem como objetivo principal identificar se houve melhorias no processo gerencial de abastecimento a partir da adoção do PDPAS e se as melhorias verificadas podem ser classificadas como inovação. As informações serão tratadas de forma confidencial e serão utilizadas apenas para fins acadêmicos.

Obrigada pela participação.

Eu,_____,
Cargo/Função/qualificação profissional _____,
que possuo vínculo empregatício/funcional com o HRC, estou ciente sobre os objetivos e procedimentos desta pesquisa e aceito, espontaneamente, participar da mesma como entrevistado.

( ) Autorizo o uso de gravador durante a entrevista.

( ) Não autorizo o uso de gravador durante a entrevista.

_____

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturado: nível Estratégico do HRC

Parte1- Identificação do entrevistado e carreira

1) Nome do entrevistado

2) Cargo e formação

3) Tempo de atuação no cargo ou função que ocupa no Hospital

4) Tempo de atuação no HRC

Parte2- Caracterização geral/ atributos do Hospital

a) Tipo de empresa
b) Natureza jurídica

Parte3- Questões

1. Em que consiste o PDPAS?
2. Quais funcionalidades/aplicações para o HRC?
3. Quais fatores favorecem/facilitam a implantação do PDPAS no HRC?
4. Quais fatores são mais complexos/dificultam a implantação do PDPAS no HRC?
5. Como se deu a decisão em implantar o PDPAS no HRC?
6. Houve um período experimental para a implantação do PDPAS no HRC?
7. Houve treinamento?
8. Se sim, como foi realizado?
9. Qual o impacto do PDPAS no processo de aquisição de insumos para a saúde no DF?
10. Quais expectativas foram atendidas com o programa?
11. Quais são os benefícios que o Programa traz para o hospital?
12. O que significa o PDPAS para a aquisição de insumos deste Hospital?
13. Poderia descrever se houve mudanças nas rotinas dos setores e/ou processos com a implantação do PDPAS?
14. Como se deu o aprimoramento em relação ao modelo anterior?
15. O PDPAS mudou a forma como os funcionários trabalham em seus setores?
16. Quais são os ganhos para o hospital?

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturado: nível Intermediário do HRC

Parte1- Identificação do entrevistado e carreira

1) Nome do entrevistado

2) Cargo e formação

3) Tempo de atuação no cargo ou função que ocupa no Hospital

4) Tempo de atuação no HRC

Parte2- Caracterização geral/ atributos do Hospital

a) Tipo de empresa

b) Natureza jurídica

Parte 3- Questões

1. Quais os impactos do PDPAS no processo de aquisição de insumos para a saúde no DF?
2. Quais expectativas foram atendidas com a implantação do programa?
3. Quais são os benefícios que o Programa traz para o hospital?
4. O que significa o PDPAS para a aquisição de insumos deste Hospital?
5. Poderia descrever se houve mudanças nas rotinas dos setores ou nos processos com a implantação do PDPAS?
6. Como se deu o aprimoramento de métodos, processos ou rotinas de trabalho neste hospital, em relação ao modelo anterior de aquisição de materiais?
7. O PDPAS mudou a forma como os funcionários trabalham em seus setores?