

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO DE PROJETOS**

**GERENCIAMENTO DE RISCO NAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS  
DO SETOR DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL  
DA REDE SENTINELA**

**ANETTE CRISTINE FERREIRA CAVALCANTI**

São Paulo

2013

Anette Cristine Ferreira Cavalcanti

**GERENCIAMENTO DE RISCO NAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS  
DO SETOR DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL  
DA REDE SENTINELA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão de Projetos da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Dai Prá Martens

São Paulo

2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

Cavalcanti, Anette Cristine Ferreira.

Gerenciamento de risco nas aquisições públicas do setor de saúde: estudo de caso de um hospital da rede sentinela./ Anette Cristine Ferreira Cavalcanti. 2013.

125 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2013.

Orientador (a): Profa. Dra. Cristina Dai Prá Martens.

1. Gerenciamento de risco. 2. Aquisições públicas. 3. Projeto hospitais sentinela. 4. Qualidade.

I. Martens, Cristina Dai Prá.

II. Título

CDU 658

**ANETTE CRISTINE FERREIRA CAVALCANTI**

**GERENCIAMENTO DE RISCO NAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS  
DO SETOR DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL  
DA REDE SENTINELA**

São Paulo, 22 de março de 2013.

---

Profa. Dra. Cristina Dai Prá Martens - Orientadora  
Universidade Nove de Julho

---

Prof. Dr. Marcos Roberto Piscopo  
Universidade Nove de Julho

---

Profa. Dra. Flávia Mori Sarti  
Universidade de São Paulo

Dedico este Mestrado  
à minha mãe Maria Ivonete,  
ao meu pai Antonio (*in memoriam*)  
e ao meu marido Felipe.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai amado, fonte de amor e de perfeição infinitos.

À minha mãe Maria Ivonete e à minha família, pela paciência e pelo apoio dado.

Ao meu marido Felipe e família, por toda a ajuda dada nas situações difíceis desde o primeiro momento em que os conheci.

À Professora Dra. Cristina Dai Prá Martens, pela orientação dada neste trabalho com profissionalismo, dedicação, serenidade e clareza, ajudando-me nos momentos de dificuldade na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Leonel Cesarino Pessôa, pela acreditação em meu tema e pela ajuda concedida no início da pesquisa.

À Professora Dra. Flávia Mori Sarti, pelas observações apresentadas no Exame de Qualificação, pelo profissionalismo e pela grande disposição em ajudar.

Ao Professor Dr. Milton de Abreu Campanário, pelas válidas contribuições dadas no Exame de Qualificação.

Ao Professor Dr. Marcos Roberto Piscopo, pela generosidade em aceitar o convite de debate desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Fernando de Souza Coelho, pelo incentivo e ajuda concedidos para o ingresso no Programa de Mestrado Profissional em Administração da Uninove.

Aos gestores do hospital pesquisado, por possibilitarem a realização deste trabalho.

A todos os profissionais do hospital entrevistados, pelas valiosas informações concedidas e que permitiram a concretização desta pesquisa.

À Equipe GVISS da Anvisa (Luna, Patricia Fernanda, Alessandra e Alinni), pela recepção em Brasília e pela concessão de material indispensável à pesquisa.

À Dra. Clarice Petramale e à equipe do Projeto Hospitais Sentinela, pela grande iniciativa em gerenciar projetos na área de saúde pública.

A todos os docentes e colegas do Curso de Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Projetos da Uninove, pela riqueza das discussões científicas e pela harmoniosa convivência.

Aos colegas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo e da Diretoria de Ensino Região Centro, pela ajuda e compreensão dadas durante a realização deste mestrado.

Aos amigos do “grupinho” da USP Leste, pela paciência e compreensão de minha ausência nos encontros da turma.

Aos amigos dos cursos de Engenharia de Alimentos e Engenharia Elétrica da UNICAMP, que fizeram parte da minha juventude, numa época em que compartilhávamos muitas realizações e alegrias quando estávamos juntos.

Por fim, agradeço a todos aqueles que não mencionei, mas que direta ou indiretamente ajudaram na realização deste trabalho.

*“Se queres chegar ao fim da estrada, não espere que alguém caminhe por ti. Põe os pés na estrada e anda.”*

Herman Hesse



## RESUMO

Este trabalho analisa de que maneira a introdução do gerenciamento de risco pelo Projeto Hospitais Sentinela, política pública implementada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), influenciou o processo de aquisições públicas realizadas num hospital pertencente à Rede Sentinela. Nessa perspectiva, os objetivos específicos da pesquisa são: a) apresentar as principais diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela que previam a melhoria da qualidade das aquisições públicas com a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais; b) analisar as ações desenvolvidas pela Gerência de Risco, equipe hospitalar e equipe de compras da instituição pesquisada antes, durante e após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela; c) verificar os efeitos da implantação do Gerenciamento de Risco pelo Projeto Hospitais Sentinela na melhoria das aquisições públicas da instituição pesquisada. Para a construção da análise, tomou-se por base conceitos da literatura pertinentes às aquisições públicas, ao processo licitatório de pregão, aos sistemas eletrônicos de aquisição, ao oportunismo, à gestão de serviços de saúde, à qualidade nas aquisições públicas e ao gerenciamento de riscos sob a ótica da gestão de projetos. A metodologia de pesquisa adotada foi o estudo de caso exploratório e descritivo num hospital da rede pública do Estado de São Paulo que fez parte do Projeto Hospitais Sentinela e que atualmente integra a rede de hospitais implementada em 2011. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com profissionais do Setor de Compras e da Equipe Sentinela do referido hospital, através de coleta de informações e análise de atas de pregão eletrônico da instituição no *website* da Bolsa Eletrônica de Compras, bem como por meio de documentos institucionais da Anvisa e da instituição pesquisada. Obteve-se como conclusão que o Projeto Hospitais Sentinela ajudou a integrar as ações das equipes de compra e Equipe Sentinela do hospital, criando em ambas uma cultura de “gerenciamento de risco” das aquisições e, conseqüentemente, reduzindo o comportamento oportunista dos fornecedores garantindo, portanto, maior qualidade nas aquisições realizadas.

**Palavras-chave:** gerenciamento de risco, aquisições públicas, pregão eletrônico, Projeto Hospitais Sentinela, qualidade.

## **ABSTRACT**

This dissertation analyzes how the introduction of risk management by Project Sentinel Hospitals, public policy implemented by the Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), influenced the procurement process carried out in a hospital belonging to the Sentinel Network. In this perspective, the specific objectives of the research are: a) present the main guidelines of Project Sentinel Hospitals which provided for the improvement of the quality of public procurement with the introduction of risk management in hospitals, b) analyze the actions developed by Risk Management, hospital staff and purchasing staff researched the institution before during and after the implementation of Project Sentinel Hospitals, c) check the effects of the implementation of Risk Management by Project Sentinel Hospitals in improving the procurement of research institution. For the construction of analysis became the basis for concepts of literature pertaining to procurement, the bidding process of trading, to electronic procurement systems, the opportunism, the management of health services, quality in procurement and management of risks from the perspective of project management. The research methodology adopted was the case study exploratory and descriptive in a public hospital of São Paulo who was part of Project Sentinel Hospitals and currently part of the network of hospitals implemented in 2011. The information was obtained through interviews with professionals Sector Purchasing and Sentinel Staff of the hospital, through information gathering and analysis of electronic trading records of the institution on the website of the Bolsa Eletrônica de Compras and through Anvisa institutional documents and research institution. Was obtained as a conclusion that Project Sentinel Hospitals helped integrate the actions of teams buying and Sentinel Staff of the hospital, both in creating a culture of "risk management" of procurement and, consequently, reducing opportunistic behavior of suppliers ensuring therefore, the higher quality procurement.

**Keywords:** risk management, procurement, electronic procurement, Project Sentinel Hospitals, quality.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC/MRE	Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BEC	Bolsa Eletrônica de Compras
DF	Distrito Federal
DISAD	Divisão Nacional de Vigilância Sanitária
DOU	Diário Oficial da União
EPP	Empresa de Pequeno Porte
Fazesp	Escola Fazendária do Estado de São Paulo
GVISS	Gerência de Vigilância em Serviços Sentinela
HS	Hospitais Sentinela
ME	Microempresa
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
OC	Oferta de Compra
PHS	Projeto Hospitais Sentinela
PMBOK	<i>Project Management Body of Knowledge</i>
PMI	<i>Project Management Institute</i>
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRODESP	Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo
PRODOC	Documento do Projeto BRA/04/010
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resolução
SEFAZ	Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo
SIA	Setor de Indústria e Abastecimento
SIAFEM	Sistema de Administração Financeira para Estados e Municípios
SIAFISICO	Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras
SIGEO	Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária
Sineps	Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos relacionados a Produtos para a Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde

TI	Tecnologia de Informação
UGE	Unidades Gestoras Executoras
UGP	Unidade de Gerenciamento de Projeto
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VIGIPÓS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
VISAs	Vigilâncias Sanitárias de Serviços/Órgãos estaduais ou municipais
WOM	<i>Word-of-mouth</i>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais ações do gerenciamento de riscos.....	49
Quadro 2. Modelo de delineamento da pesquisa.....	54
Quadro 3. Descrição dos principais elementos das atas de pregão levados em consideração para a delimitação do escopo de dados consultados no sítio eletrônico da BEC/SP.....	57
Quadro 4. Descrição dos principais aspectos dos Editais de Licitação contidos nas atas de pregão escolhidas.....	58
Quadro 5. Perfil desejado do gerente de risco dos hospitais da Rede Sentinela .....	64
Quadro 6. Objetivos, funções e justificativa das ações de cada <i>stakeholder</i> no processo de gerenciamento de risco hospitalar .....	71
Quadro 7. Principais ações do Gerenciamento de Risco introduzido nos hospitais por meio do Projeto Piloto BRA/97/042.....	76
Quadro 8. Melhorias nas aquisições após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela...	94
Quadro 9. Principais ações do Gerenciamento de Risco introduzido no hospital pesquisado .	95

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Evolução quantitativa das variáveis qualitativas dos pregões eletrônicos realizados para os produtos Sentinela.....	80
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de Aquisições Públicas .....	24
Figura 2. Fluxograma da Fase Externa do Pregão Eletrônico na BEC/SP .....	35
Figura 3. Processo de Gerenciamento de Risco .....	50
Figura 4. Processo de notificação de eventos adversos na Rede Sentinela .....	68
Figura 5. Gerência de Risco Hospitalar e as principais áreas de atenção no ambiente hospitalar .....	70
Figura 6. Evolução da quantidade de pregões realizados para produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado.....	81
Figura 7. Evolução do total de itens de compra de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado .....	82
Figura 8. Evolução da quantidade de fornecedores participantes nos pregões realizados para produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado.....	83
Figura 9. Evolução do total de pregões que exigiram a entrega de amostra pelos fornecedores na fase inicial dos pregões de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado.....	84
Figura 10. Evolução do total de fornecedores desclassificados por motivo de qualidade na fase inicial dos pregões de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado.....	86
Figura 11. Quantitativo de casos de desclassificação dos fornecedores por indicadores de desvio de qualidade .....	88

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA .....	18
1.1.1	Questão de Pesquisa .....	18
1.2	OBJETIVOS .....	19
1.2.1	Geral .....	19
1.2.2	Específicos.....	19
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA .....	19
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	20
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1	AQUISIÇÕES PÚBLICAS .....	22
2.2	FASES DO PROCESSO LICITATÓRIO DE PREGÃO .....	29
2.3	SISTEMAS ELETRÔNICOS DE AQUISIÇÃO .....	31
2.4	OPORTUNISMO DOS AGENTES .....	37
2.5	QUALIDADE NAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS .....	39
2.6	GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O PAPEL DA ANVISA.....	43
2.7	GERENCIAMENTO DE RISCO SOB A ÓTICA DA GESTÃO DE PROJETOS .	46
<b>3</b>	<b>MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA .....</b>	<b>52</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	52
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	54
3.2.1	Pesquisa documental .....	55
3.2.2	Entrevistas .....	59
3.3	ANÁLISE DE DADOS .....	61
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
4.1	HISTÓRICO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA .....	63



4.2	AQUISIÇÕES NA INSTITUIÇÃO ANTES DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA: MENOR PREÇO E MAIOR DESPERDÍCIO.....	72
4.3	FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA: GERENCIAMENTO DE RISCO.....	74
4.4	MELHORIAS NAS AQUISIÇÕES PÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA.....	78
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO.....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE B – RELATÓRIO DO PLANO DE MELHORIA .....</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICE D – EVOLUÇÃO PROJETO PNUD BRA/97/042.....</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICE E – EVOLUÇÃO PROJETO PNUD BRA/04/010.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE F – RELAÇÃO DE HOSPITAIS DA REDE SENTINELA .....</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O surgimento de uma nova ordem econômica mundial representou um importante fator de transformação dos sistemas de saúde em todo o mundo, sendo estes fortemente influenciados pela busca de resultados (Neves, 2004).

Em virtude disso, todas as atividades de prestação de serviços de saúde passaram a se comprometer profundamente com a qualidade dos resultados. Entretanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência à saúde bem como a necessidade de promoção da equidade de acesso aos recursos direcionaram esforços das instituições públicas e privadas em busca de melhorias no setor de saúde. E tais esforços pressupõem que os serviços de saúde devem ser providos efetiva e eficientemente por modelos de gestão adequados que aperfeiçoem os recursos aplicados, trazendo melhora da produtividade e satisfação a todos os interessados na prestação dos serviços de saúde (Neves, 2004).

Os hospitais atualmente enfrentam fortes demandas para reduzir custos, melhorar a qualidade de seus serviços e expandir o acesso a um maior número de pacientes. A falta de conhecimento das melhores práticas de gestão faz com que alguns gestores na área de saúde sejam encorajados constantemente a atender tais demandas, mas sem planejamento e avaliação dos serviços a serem executados (Buelow, Zuckweiler & Rosacker, 2010).

As organizações hospitalares são qualitativamente diferentes de outras organizações empresariais por muitas razões. Dentre elas podem-se citar práticas de reembolso, as políticas de saúde, regulamentos que cerceiam o acesso e direitos da população aos serviços de saúde, além de uma série de outros fatores externos que constantemente limitam a capacidade de um hospital para competir e prosperar (Langabeer, 2008).

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa cuja finalidade é a otimização do funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (Tanaka & Tamaki, 2012).

O guia *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK) do *Project Management Institute* [PMI] (2008) introduziu modernas técnicas de gestão de projetos nas organizações e que têm sido cada vez mais utilizadas numa ampla variedade de negócios. Uma revisão da

literatura tanto na área de cuidados da saúde quanto na área de gestão de projetos revelou que existem poucos estudos empíricos que consideram a aplicação de conceitos de gerenciamento de projetos na área da saúde (Buelow, Zuckweiler & Rosacker, 2010). Sa Couto (2008) sustenta que a adoção e aplicação bem sucedida dessas ferramentas de gestão de projetos em ambientes hospitalares certamente conduzirá a uma redução nos custos e na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Uma das nove áreas de conhecimento que estruturam o PMBOK consiste na gestão do risco em projetos. A contínua incorporação de tecnologias na área da saúde e a crescente demanda social por qualidade nos serviços prestados despertou a necessidade de implantação do gerenciamento de risco hospitalar para trazer qualidade e segurança nos processos hospitalares (Kuwabara, Évora & Oliveira, 2010).

Nesse sentido, em 2001 o conceito de gerenciamento de risco foi introduzido no Brasil na área de saúde hospitalar pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], do Ministério da Saúde, com o Projeto Hospitais Sentinela. Tal projeto viabilizou a adoção de medidas de valorização da qualidade da atenção em saúde e a gerência racional de insumos e equipamentos médico-hospitalares (Tecnovigilância), com vistas a assegurar qualidade e segurança. Outras áreas como Farmacovigilância (vigilância de medicamentos) e Hemovigilância (vigilância de hemocomponentes) também fizeram parte do projeto (Kuwabara, Évora & Oliveira, 2010).

A compra dos insumos por parte dos hospitais é um processo que envolve alguma complexidade. Os custos da contratação devem ser minimizados, mas sem que isso comprometa os objetivos principais da organização quanto à qualidade dos serviços prestados.

Especificamente no setor público, os contratos celebrados para a prestação de serviços e fornecimento de insumos são resultantes de procedimentos administrativos regidos pela Lei de Licitações, pela Lei nº 10.520/2002 que instituiu o pregão e pelo Decreto nº 5.450 de 2005 que instituiu o pregão eletrônico.

As aquisições de produtos de saúde dos hospitais públicos são, na sua grande maioria, realizadas por pregão eletrônico. Ele configura-se num sistema eletrônico de contratações que visa maior agilidade, transparência, competitividade e menores custos na aquisição de produtos e serviços (Fazesp, 2012). Ocorre que, no pregão eletrônico, o preço é o único critério considerado para a determinação do licitante vencedor.

Tendo-se em vista todos os aspectos abordados anteriormente, realizou-se nesta pesquisa um estudo de caso num hospital público específico e que teve participação no Projeto Hospitais Sentinela. Esse projeto foi implementado em 2002 pela Anvisa em cerca de

100 hospitais distribuídos pelo Brasil e representou a primeira política pública brasileira a inserir o gerenciamento de risco nos hospitais visando a melhoria da segurança e qualidade dos serviços prestados aos cidadãos usuários. E um dos objetivos do Projeto Hospitais Sentinela foi garantir que as aquisições pelo menor preço não comprometessem a qualidade dos insumos adquiridos e/ou dos serviços prestados pelas organizações de saúde (Anvisa, 2004).

Nessa perspectiva, a pesquisa abordará as influências do Projeto Hospitais Sentinela sobre as aquisições públicas de um hospital específico, do ponto de vista do gerenciamento de risco da contratação de produtos/serviços de saúde.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A problemática da pesquisa diz respeito aos riscos que podem ocorrer nos hospitais por meio de procedimentos de aquisição ineficazes. Em outras palavras, um gerenciamento ineficaz dos riscos das más aquisições pela equipe hospitalar pode elevar os gastos e desperdícios, principalmente nos hospitais públicos, de insumos como medicamentos e outros materiais, além de trazer riscos aos pacientes na utilização desses produtos.

Em se tratando de organizações públicas hospitalares, o problema torna-se mais crítico, pois os procedimentos de aquisições de tais hospitais fundamentam-se na Lei de Licitações, cuja principal diretriz é a aquisição pelo menor preço. Nesse sentido, torna-se um desafio às diversas equipes hospitalares contemplar critérios de qualidade e segurança nas suas aquisições de menor preço.

### 1.1.1 Questão de Pesquisa

Dada a relevância do Projeto Hospitais Sentinela na melhoria da segurança e qualidade dos serviços de saúde, este trabalho procura responder à seguinte questão de pesquisa: de que maneira o gerenciamento de risco introduzido no setor de saúde pelo Projeto Hospitais Sentinela influenciou o processo de aquisições públicas realizadas num hospital específico da Rede Sentinela?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

O objetivo geral de pesquisa é analisar como a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais pelo Projeto Hospitais Sentinela influenciou o processo de aquisições públicas realizadas em um hospital público.

### 1.2.2 Específicos

Para um melhor entendimento do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

a) Apresentar as principais diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela que previam a melhoria da qualidade das aquisições públicas com a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais;

b) Analisar as ações desenvolvidas pela Gerência de Risco, equipe hospitalar e equipe de compras da instituição pesquisada antes, durante e após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela;

c) Verificar os efeitos da implantação do Gerenciamento de Risco pelo Projeto Hospitais Sentinela na melhoria das aquisições públicas da instituição pesquisada.

## 1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

O estudo se justifica pela importância do gerenciamento de riscos sob a ótica da gestão de projetos e no âmbito das políticas públicas, principalmente quanto às aquisições no setor público, cujo processo diverge das aquisições do setor privado. No setor público, o agente não possui a autonomia de contratação própria do setor privado, pois a contratação é feita por meio de processo licitatório. Isso faz com que, no processo licitatório, a escolha do fornecedor seja feita dispondo-se de poucas informações da pessoa jurídica a ser contratada. E uma má contratação pode trazer como consequência a entrega de materiais hospitalares de

péssima qualidade e segurança (seringas e cateteres com sujidades, embalagens de soro idênticas às embalagens de materiais de limpeza, etc.) que representam um risco à saúde dos pacientes. Outro problema advindo de uma má contratação é o elevado gasto hospitalar com os desperdícios, principalmente nos hospitais públicos, de insumos como medicamentos e outros materiais (seringas, agulhas, cateteres, etc.) cujo controle de qualidade era pouco efetivo anteriormente à implantação do projeto, permitindo dessa forma a inutilização de materiais e de medicamentos com defeitos. Além disso, uma mínima ou quase inexistente negociação entre hospitais e fornecedores de insumos durante o certame licitatório pode trazer problemas como atrasos na entrega de medicamentos e de outros materiais e pagamento elevado por produtos de baixa qualidade. Logo, um gerenciamento de risco eficaz nos hospitais reflete a necessidade de treinamento e capacitação da equipe de profissionais de saúde para a minimização e/ou eliminação desses problemas.

Outra justificativa para o estudo constitui-se no fato de que as políticas públicas no Brasil são muito pouco avaliadas. Elas são implementadas - o que requer sempre o emprego de dinheiro público - mas depois não se avalia suficientemente se a política foi ou não bem sucedida, se o gasto com o projeto trouxe resultados, que resultados trouxe, se o projeto pode ser aprimorado e assim por diante. Segundo Tanaka e Tamaki (2012), embora a avaliação represente um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão, o seu uso ainda é muito incipiente na gestão de serviços de saúde.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para a elucidação da questão de pesquisa, esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos além desta introdução. O segundo capítulo consiste na fundamentação teórica dos construtos da pesquisa, ou seja, a apresentação do referencial teórico pertinente às aquisições públicas, às fases do processo licitatório de pregão, aos sistemas eletrônicos de aquisições, ao oportunismo, à gestão de serviços de saúde, à qualidade nas aquisições públicas e ao gerenciamento de riscos.

O terceiro capítulo trata dos aspectos metodológicos da pesquisa e da apresentação e discussão do caso, apresentando os métodos, as técnicas de coleta de dados e informações e o seu tratamento.

O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa e o quinto as conclusões.

Por fim, tem-se as referências bibliográficas utilizadas e os apêndices da pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo deste capítulo é abordar os principais aspectos conceituais de cada construto e relacioná-los com os achados da pesquisa.

Num primeiro momento, serão apresentados conceitos fundamentais de aquisições públicas presentes na literatura. Em seguida, serão abordadas as fases do processo licitatório de pregão, os sistemas eletrônicos de aquisição, o oportunismo dos agentes, a qualidade nas aquisições públicas, a gestão de serviços de saúde e o papel da Anvisa e o Gerenciamento de Risco sob a ótica da Gestão de Projetos.

### 2.1 AQUISIÇÕES PÚBLICAS

Segundo Gordon, Zemansky e Sekwat (2000), as aquisições públicas têm ganhado cada vez mais importância no setor público. Antigamente, as contratações públicas eram consideradas atividades rotineiras nas mais variadas organizações públicas. Em virtude da crescente necessidade de eficiência nas compras públicas, os autores destacaram a importância da participação dos especialistas em aquisições públicas no processo de tomada e implementação de decisões estratégicas nos mais diversos níveis da organização.

Na visão de Thai (2001), as aquisições públicas ganharam importância apenas no âmbito organizacional, sendo o tema pouco explorado na academia, conforme parágrafo abaixo:

“Embora a aquisição pública seja percebida como uma das principais funções do governo e, embora as entidades governamentais, decisores políticos e profissionais de contratos públicos dispensem uma grande atenção a melhorias ou reformas de contratos, a aquisição pública tem sido uma área negligenciada da educação acadêmica e da pesquisa.”

Conforme Snider e Rendon (2008), uma revisão selecionada de pesquisas de aquisição pública revela uma tendência para tratar o assunto com um certo distanciamento do campo da “política pública”. Segundo Arrowsmith, Linarelli e Wallace (2000), a eficiência nas aquisições públicas pode gerar um efeito benéfico sobre o crescimento industrial nacional



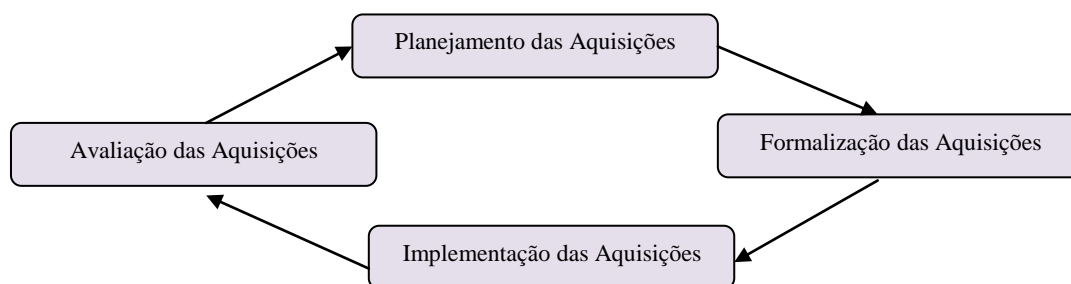
e a oferta de emprego, bem como promover a concorrência e apoiar as empresas mais competitivas no mercado. Além disso, existem governos que utilizam as aquisições públicas como uma ferramenta estratégica para a promoção de objetivos econômicos específicos, como a reestruturação da indústria ou o desenvolvimento de determinadas regiões de um dado país. No entanto, outro aspecto das aquisições públicas é o oferecimento de oportunidades significativas aos envolvidos no processo para a obtenção de vantagem política ou para dispensar clientelismo político, interferindo negativamente sobre a promoção de políticas públicas. Tais práticas têm sido endêmicas em alguns países e podem prejudicar gravemente a efetividade de programas sociais, bem como minar a integridade do governo.

De acordo com Bolton (2006), as aquisições públicas também podem ser utilizadas como um mecanismo político de “redistribuição de riqueza”, em que são destinados fundos a categorias discretas de atores econômicos. O autor cita como exemplo grupos sociais desfavorecidos economicamente na África do Sul e que são contemplados com algumas políticas sociais decorrentes do uso “político” das aquisições públicas.

Segundo Knight, Caldwell, Harland e Telgren (2003), as aquisições públicas estão direcionando-se, na maioria dos casos, para uma função política do que propriamente para funções de mera transação contratual. Tal aspecto permite um alinhamento da política de aquisições com a política governamental, engajando efetivamente a aquisição como uma alavanca de reforma social. Este movimento ocorreu mais rapidamente em alguns Estados e encontrou dificuldades de mudança estratégica e política em outros. A explicação para essa diferença consiste no fato de que em algumas nações é mais fácil ter políticos e formuladores de políticas trabalhando em parceria com equipes de compras estratégicas. Já nas nações com resistências às mudanças, tais atores atuam isoladamente, ou seja, não se contatam para o desenvolvimento de um trabalho conjunto.

Conforme Snider e Rendon (2008), outros autores argumentaram que, em circunstâncias contemporâneas, a aquisição pública está assumindo mais de uma natureza estratégica.

Matthews (2005) foi um dos autores que descreveu um processo estratégico de aquisições públicas, conforme Figura 1.



**Figura 1. Processo de Aquisições Públicas**

**Nota.** Fonte: Matthews, D. (2005). Strategic procurement in the public sector: a mask for financial and administrative policy (p. 394). *Journal of Public Procurement*.

Segundo o autor, a aquisição pública divide-se em quatro diferentes fases: planejamento, formalização, implementação e avaliação.

A fase de planejamento das aquisições requer o envolvimento antecipado do setor de compras para que opções e alternativas possam ser exploradas com o setor demandante. Problemas como estimativas de compra, especificações de produto, tomada de decisões e aproveitamento de oportunidades podem ser considerados na ordem do dia (Matthews, 2005).

As próximas fases incluem a formalização e implementação da aquisição. Essencialmente estas implicam a adaptação do pedido de solicitação formal, seja um convite para licitação ou um pedido de propostas e posterior divulgação ao público fornecedor para a consideração de ofertas (Matthews, 2005).

A avaliação constitui a fase final do modelo proposto por Matthews (2005). Esta fase serve não somente para avaliar a eficácia do processo conduzido, mas também como uma ferramenta de melhoria para ações futuras.

Conforme o autor, o setor público tem reagido nos últimos anos para a expectativa das aquisições públicas tornarem-se processos mais eficientes e eficazes. Nesse sentido, os aspectos estratégicos da aquisição pública tornaram-se um assunto de grande discussão nos dias atuais. Para tal evidência, Matthews (2005) relata a existência de uma pesquisa que mostra a mudança de foco dos compradores visando cada vez mais o planejamento e menos as funções de rotina. Mas o autor afirma que, embora o histórico de compras governamentais tenha evoluído ao longo dos últimos três séculos, este ainda não foi completamente aceito pela comunidade acadêmica como um “avanço inovador” na administração pública.

Segundo Gordon, Zemansky e Sekwat (2000), a aquisição pública já não se trata mais de um simples processo, baseado em transações. Ela tornou-se uma função estratégica e que deve relacionar-se com todos os aspectos do governo e deixar de ser um mero “detalhe”, a fim de trazer a maior contribuição possível a todos os *stakeholders* do processo. Nesse sentido, os autores enfatizam como principal quesito para a adoção de um processo estratégico de compras pelo governo a “profissionalização” do comprador público. Para agir estrategicamente, o comprador público deve ser capaz de pensar em termos de, e de acordo com a função, e adaptar-se conforme as declarações de missão, visão, metas e objetivos da organização. Isso requer muitas qualidades incluindo uma base ampla, interdisciplinar e de conhecimento atual. O comprador especialista também precisa ter a capacidade de antecipar, analisar, comunicar e cooperar, e possuir características pessoais como flexibilidade, resiliência, paciência e adaptação.

Além de todos esses elementos, os autores também julgam necessária a capacidade de exercício da função de comprador público num ambiente extremamente complexo. Isso porque uma ampla gama de necessidades e de interesses públicos está presente neste ambiente, e inúmeras atividades sociais, políticas e econômicas - que atuam, interagem e reagem uns sobre os outros - estão no trabalho. E normalmente os contribuintes de impostos exigem a economia de recursos e a eficiência das operações de natureza pública.

Segundo o artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal do Brasil, as obras, serviços, compras e alienações da Administração Pública serão contratados mediante processo de licitação pública para assegurar a “igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações”.

A norma que regulamenta as licitações públicas é a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Também conhecida como “Lei de Licitações”, ela estabelece, conforme o seu artigo 1º, “normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

O artigo 22 da Lei de Licitações prevê cinco modalidades de licitação: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão. A modalidade de licitação denominada “Pregão” foi instituída pela Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 e o pregão na forma eletrônica foi instituído pelo Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005.

Sendo a licitação o gênero do qual as modalidades são espécies, a Lei nº 8.666/93 aplica-se a todas as modalidades. Quanto ao pregão, diferentemente das outras espécies de licitação em que a modalidade é estabelecida em função do valor do objeto licitado, esta modalidade destina-se à aquisição de bens e serviços comuns. Nos termos da Lei nº 10.520/2002, consideram-se bens e serviços comuns aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado. Nesse sentido, o que caracteriza os bens e serviços é sua padronização, ou seja, a possibilidade de substituição de uns por outros com o mesmo padrão de qualidade e eficiência (Meirelles, 2004).

Conforme Meirelles (2004), na modalidade de pregão é essencial que o objeto licitado possa ser definido por meio de especificações usuais no mercado, mas sem o impedimento da exigência de requisitos mínimos de qualidade.

Da mesma forma que nas outras modalidades de licitação, o pregão possui uma fase preparatória que ocorre no âmbito interno da organização responsável pela aquisição dos bens ou serviços desejados. Esta fase é iniciada com o ato da autoridade competente<sup>1</sup> pelo qual justifica a necessidade da contratação, definindo seu objeto, as exigências de habilitação, os critérios de aceitação das propostas, as sanções por inadimplemento e as cláusulas do contrato, com fixação dos prazos para o fornecimento (Meirelles, 2004).

Por fim, a mesma autoridade competente designará, dentre os servidores do órgão ou entidade, o pregoeiro<sup>2</sup> e a respectiva equipe de apoio<sup>3</sup> que o auxiliará no recebimento das propostas, na análise de sua aceitabilidade, bem como no exame dos documentos da habilitação (Meirelles, 2004).

Segundo Faria, Ferreira, Santos e Silveira (2010), o pregão eletrônico constitui uma modalidade de licitação com o maior número de vantagens para a administração pública, dentre as quais merece destaque o aumento significativo no número de fornecedores e, conseqüentemente, a maior redução dos preços oferecidos no mercado.

---

<sup>1</sup> A autoridade competente trata-se de servidor ou funcionário público investido de poderes para homologar o procedimento licitatório (Fazesp, 2012). Já Meirelles (2004), define autoridade competente como “aquela que dispõe de poderes legais para determinar a aquisição de bens e serviços indispensáveis à Administração, porque sem competência o ato será inválido”.

<sup>2</sup> O pregoeiro consiste num servidor ou empregado público, com capacitação específica, indicado pela unidade licitante, designado pela autoridade competente e indicado no sistema para operacionalizar e conduzir o pregão (Fazesp, 2012; Meirelles, 2004).

<sup>3</sup> A equipe de apoio constitui-se num grupo de pessoas, preferencialmente pertencentes ao quadro do órgão ou da entidade promotora do pregão eletrônico, que deverão ser, em sua maioria, no âmbito da administração direta, titulares de cargos efetivos ou ocupantes de função de natureza permanente, e no âmbito da indireta, empregados públicos (Fazesp, 2012).

Conforme Menezes, Silva e Linhares (2007), embora os pregões tragam bons resultados, todo o seu potencial é subutilizado devido ao caráter unidimensional que os rege, restringindo a negociação à variável preço. No entanto, na maioria das vezes, uma negociação envolve a consideração de outros atributos, tais como a qualidade dos produtos e serviços, o prazo de entrega, as formas de pagamento, a garantia e a assistência técnica. Segundo os autores, a utilização preferencial dos pregões eletrônicos ocorre nos processos de aquisição de *commodities* e de bens e serviços para manutenção, reparo e operações. Já para as aquisições que envolvem um maior valor agregado, são utilizadas outras modalidades de licitação.

Conforme Bevilacqua, Farias e Blatt (2011), as aquisições no setor público de saúde são realizadas mediante processo licitatório, com concorrência entre os participantes. Mas levando-se em consideração a limitação de recursos, o desafio dos gestores públicos é planejar o processo de aquisições para que a qualidade do produto adquirido não seja prejudicada pela necessidade de economia.

A função compras assume um caráter estratégico, constituindo um elemento determinante para que organizações inseridas em ambientes complexos, dinâmicos e altamente competitivos obtenham vantagens competitivas nos mercados em que atuam (Menezes, Silva & Linhares, 2007). Trata-se de um importante aspecto tendo-se em vista que um processo de compras públicas pode afetar positivamente ou negativamente a qualidade dos serviços prestados ou ainda permitir que insumos de grande importância para um dado processo sejam adquiridos com problemas de qualidade.

É nesse sentido que para Paulus (2005) a abrangência do processo de aquisições extrapola o departamento de compras, ou seja, constitui uma ampla função envolvendo outros departamentos da organização, a começar pelo setor usuário do bem ou serviço a ser adquirido. Logo, a obtenção do produto certo, nas quantidades certas, nos prazos e locais estabelecidos, com o preço correto representa um grande desafio para o processo de aquisições.

Conforme o autor, o preço pago representa o “resumo do negócio” e é nele que o comprador deve concentrar sua atenção, mas desde que sejam atendidas as exigências de qualidade. Na prática pode ocorrer que, em função da necessidade de um menor prazo de entrega ou de outras condicionantes, o preço da aquisição não seja o menor do mercado. Entretanto, em condições normais, o menor preço de compra deve ser a orientação principal do comprador. Nesse aspecto, espera-se que as ações do profissional de compras nos procedimentos de aquisições sejam eficientes e eficazes e, para isso, é necessário o comprometimento da pessoa responsável com os objetivos da organização. Isso significa que

não basta apenas a eficiência na ritualística do processo, é necessária também a eficácia econômica e sintonia com a oferta de serviços de saúde.

É importante salientar que os processos de tomada de decisão nas aquisições podem trazer riscos à organização contratante. Segundo Luiza, Osorio de Castro e Nunes (1999), a legislação não livrou os contratantes do serviço público da compra de produtos de qualidade duvidosa, restritos sempre ao critério de menor preço. Logo, algumas instituições tomaram medidas no sentido de sanar suas dificuldades e, nos últimos anos, têm procurado abordar de forma comprometida a construção de editais de compra.

Conforme Nascimento, Gomes, Becalli, Souza e Corcetti (2011), embora conceitualmente esteja clara a função do pregão, muitas vezes a qualidade do material não é devidamente especificada no termo de referência, comprometendo dessa forma a qualidade do edital e o trabalho de compra.

Os autores supracitados entendem a importância estratégica que o processo de aquisição adquire e, em função disto, a legislação que rege o processo de licitação sofre modificações crescentes, sempre com a justificativa de tornarem as compras mais ágeis e eficazes, evitando os prejuízos dos resultados.

Para minimizar a superficialidade do conceito de compras na Lei de Licitações, Nascimento *et al.* (2011) citam a sugestão dada por Baily, Farmer, Jessop e Jones (2000) que consiste na necessidade de agregar ao texto da norma os seguintes pontos:

- A compra possui a função de suprir a organização de materiais e serviços na quantidade que atenda a demanda;
- Para que haja a aquisição emergente ou planejada de produtos e serviços, na quantidade que atenda a demanda, é necessária a formação de relacionamentos efetivos com fontes existentes;
- Para que a compra seja eficiente é necessário que os funcionários desenvolvam políticas e procedimentos de modo a assegurar o alcance dos objetivos previstos.

Segundo Infante e Santos (2007), diversos trabalhos destacam a importância da padronização de materiais, da consideração das preferências do profissional, da participação de profissionais de saúde na equipe de suprimentos e da valorização profissional da equipe ligada à gestão de materiais. Tais elementos são estratégicos nas atividades de saúde e contribuem para abrandar a grande dicotomia entre atividades clínicas e gerenciais nas organizações hospitalares.

O processo de aquisições possui um papel estratégico e fundamental a fim de que a instituição alcance os objetivos traçados. A compra interfere diretamente na capacidade de afetar a qualidade e entrega de produtos ou serviços essenciais, que atenderão a demanda daqueles que usufruem do serviço público (Nascimento *et al.* 2011).

Os autores também atentam para a importância que o processo de aquisições possui sobre a administração e o gerenciamento público, pois a eficiência no uso do dinheiro público depende do bom planejamento das despesas e principalmente que estas não extrapolem o limite fixado no orçamento.

## 2.2 FASES DO PROCESSO LICITATÓRIO DE PREGÃO

O ciclo de compras inicia-se com a elaboração do pedido de suprimento que é de fundamental importância para o sucesso da operação. Um pedido mal especificado apresenta grande chance de resultar numa aquisição equivocada com desperdício financeiro para a unidade de saúde. Geralmente quem elabora o pedido não é a mesma pessoa que realiza a operação de aquisição. Nesse sentido, pessoas com níveis de conhecimento e informações diferentes têm entendimentos divergentes sobre o que vêem e pensam, ou seja, pode ocorrer do pedido ser óbvio e trivial para quem está usando o material e solicitando a aquisição, mas, no entanto, ser ininteligível para quem está comprando (Paulus, 2005). Neste aspecto, o autor conclui que o resultado das negociações de compras envolvendo itens com especificações incompletas pode levar à aquisição de um objeto inútil para o setor requisitante.

De acordo com o referido autor, uma comissão avaliadora (equipe) pode estabelecer e supervisionar um padrão mínimo de qualidade. A aquisição define-se entre os itens de qualidade aceitável em que se escolhe o produto de menor preço ou de maior rendimento por unidade de dinheiro aplicado. Algumas instituições optam pela criação de um comitê permanente de avaliação técnica de materiais e medicamentos com a participação de usuários finais ou representantes destes.

Os procedimentos de aquisições públicas resultam de processos administrativos formais com os seguintes atributos: a) serem autuados; b) serem protocolados; c) serem numerados; c) conter indicação do objeto e sua motivação; e d) conter a indicação do recurso,

conforme artigo 38 da Lei de Licitações. A motivação é o quesito fundamental que sustenta a operação de aquisições em nome da administração pública (Paulus, 2005).

No tocante à caracterização do objeto, tem-se a especificação de condição única de pagamento, a definição do prazo e local de entrega pré-estabelecido e demais condições. A regularidade fiscal dos fornecedores também é avaliada durante o processo (Paulus, 2005).

O edital da licitação constitui o instrumento convocatório para o certame. Os artigos 40 e 42 da Lei de Licitações fixam não somente os parâmetros de sua elaboração, mas também o desenvolvimento do processo com o recebimento das documentações e das propostas. Já o artigo 43 da referida lei trata do Julgamento, Classificação e Homologação (Paulus, 2005).

A fase externa do pregão é iniciada com a convocação dos interessados por meio de publicação do edital de licitação em diários oficiais, em jornais de grande circulação e por meios eletrônicos (internet). Na data agendada para o certame licitatório, caso não exista fornecedor disposto a participar do processo, considera-se o pregão “deserto”, devido à inexistência de propostas. Mas caso haja licitantes (fornecedores e demais interessados em contratar com a organização) dispostos a participar do certame, estes inicialmente entregam suas propostas, que são verificadas para análise da sua conformidade com os requisitos estabelecidos no instrumento convocatório. As propostas em desconformidade são automaticamente desclassificadas. No caso de desclassificação total das propostas, considera-se o pregão “fracassado”<sup>4</sup>. Mas caso haja pelo menos uma proposta classificada, é dada continuidade ao processo de pregão. As propostas em conformidade são classificadas em ordem crescente do preço ofertado. No decorrer do certame, os licitantes classificados poderão dar lances até o anúncio daquele que ofertou o menor preço. Encerrada esta etapa, segue-se para a fase de habilitação em que o licitante vencedor deve apresentar toda a documentação de acordo com as exigências constantes no edital. Caso o licitante vencedor não apresente toda a documentação (ou a apresente com pendências), passa-se a verificação para o segundo classificado e assim subsequentemente (Fazesp, 2012; Meirelles, 2004).

Após a proclamação do licitante vencedor, contra essa decisão só poderá ser interposto recurso caso haja algum licitante interessado em manifestar de imediato a sua

---

<sup>4</sup> A situação de um pregão fracassado é aquela em que todas as propostas foram desclassificadas pelo pregoeiro; ou os preços foram considerados inaceitáveis; ou ainda houve a inabilitação de todos os licitantes (Fazesp, 2012).



intenção. Decididos os apelos, o objeto da licitação será adjudicado<sup>5</sup> ao licitante vencedor, cabendo à autoridade superior homologar<sup>6</sup> o julgamento e convocar o adjudicatário (licitante vencedor) para assinatura do contrato (Meirelles, 2004).

Nos casos em que o processo não resulte na homologação do ato licitatório, as possibilidades são a de revogação<sup>7</sup> ou de anulação<sup>8</sup> conforme o artigo 49 da Lei de Licitação. Especificamente nestes casos, cabe o contraditório e a ampla defesa aos participantes que julgarem seus direitos prejudicados. A convocação do licitante vencedor e a obrigatoriedade da realização do contrato estão previstas nos artigos 62 e 64 da Lei de Licitações (Paulus, 2005).

### 2.3 SISTEMAS ELETRÔNICOS DE AQUISIÇÃO

Conforme Essig e Arnold (2001), os sistemas eletrônicos de aquisição representam um dos assuntos mais discutidos em gestão de aquisições. A grande utilidade desses sistemas é a utilização da tecnologia de Internet no processo de compras (Boer, Harink & Heijboer, 2002). O *E-procurement* é o termo mais usado na literatura para a definição dos sistemas eletrônicos de aquisição. Trata-se de um termo genérico aplicado ao uso de sistemas de banco de dados integrados e de ampla área (geralmente baseada na *web*) da rede de sistemas de comunicação do processo de aquisições em parte ou em sua totalidade. O processo de aquisições engloba a identificação da necessidade inicial e especificação pelos usuários, através da busca, fornecimento e fase de negociação de contratos e pedidos de encomendas que incluem mecanismos que registram o recebimento, o desencadeamento e a avaliação do suporte pós-aquisição (Croom & Brandon-Jones, 2005).

O uso de ferramentas e técnicas com grande capacidade de processamento de informação pode tornar a aquisição um processo mais eficiente, embora ele não seja

---

<sup>5</sup> A adjudicação trata-se de um ato decisório do responsável pelo pregão que atribui ao licitante vencedor o objeto da licitação, caso não tenha ocorrido manifestação da intenção de interpor recurso por parte de algum licitante. Havendo recurso, esse ato caberá apenas à autoridade competente (Fazesp, 2012).

<sup>6</sup> A homologação constitui um ato decisório da autoridade competente que valida os atos do procedimento licitatório e confirma o seu resultado (Fazesp, 2012).

<sup>7</sup> A revogação de um pregão representa um ato decisório da autoridade competente que extingue o procedimento licitatório válido ou cancela itens nele contidos, motivado por razões de conveniência e oportunidade da administração (Fazesp, 2012).

<sup>8</sup> A anulação de um pregão consiste no ato decisório da autoridade competente que invalida o procedimento licitatório, em face da constatação da ocorrência de qualquer ilegalidade (Fazesp, 2012).

automático (Essig & Arnold, 2001). Conforme Croom (2000), o uso crescente da Internet para a realização de transações comerciais é amplamente considerado como uma grande revolução na prática de negócios. E isso foi constatado em sua pesquisa ao mostrar que a utilização do *E-procurement* ofereceu à organização pesquisada benefícios operacionais de redução dos custos administrativos, bem como benefícios estratégicos que incluem uma maior influência e controle sobre as despesas das aquisições.

De acordo com Osmonbekov, Bello e Gilliland (2002), a adoção de sistemas eletrônicos de aquisição altera a estrutura do departamento de compras em termos de tamanho, de composição hierárquica e funcional e de grau de participação dos profissionais de compra nas decisões. Isso ocorre devido ao aumento e melhoria da comunicação interna e externa, além do acesso a informações adicionais no processo de aquisição. O conflito também se reduz com tais aspectos, pois estes ajudam a ampliar os critérios de compra de cada membro da equipe, harmonizando as percepções e construindo a compreensão entre as diversas perspectivas departamentais. Nesse sentido, o *E-procurement* traz uma oportunidade significativa de melhoria da gestão dos serviços internos de aquisição na organização, pois os processos de compras são afetados também em termos de influência do pessoal técnico, bem como em termos de níveis de conflito e de coordenação entre os membros.

O uso dessas ferramentas também permite às organizações alcançar um maior grau de transparência, pois os sistemas eletrônicos de aquisição são ligados à Internet, permitindo a todos os participantes na transação o acesso ao sistema (Osmonbekov, Bello & Gilliland, 2002).

Outra grande contribuição dada pelo uso do *E-procurement* refere-se ao aumento da eficácia de várias tarefas de aquisição. Dentre os benefícios gerados nestas tarefas, destacam-se uma maior seleção de produtos de qualidade, a melhoria na gestão de inventário e processos de tomada de decisão mais ágeis (Osmonbekov, Bello & Gilliland, 2002).

Conforme aumenta a concorrência, a demanda de produtos e expectativas de qualidade tendem a aumentar ao longo do tempo, resultando em especificações de compra cada vez mais rigorosas, e impactando dessa forma a seleção e gestão de fornecedores pela organização contratante (Stanley & Wisner, 2001).

O atual sistema eletrônico de aquisições que rege as compras públicas no âmbito do governo do Estado de São Paulo é a Bolsa Eletrônica de Compras (BEC/SP).

Trata-se de um sistema complexo cujas Unidades Gestoras Executoras (UGE) são os órgãos responsáveis pelas compras da administração pública estadual. Cada UGE possui uma dotação orçamentária própria e independente. A BEC/SP introduz a TI (Tecnologia de

Informação) no processo de aquisições de mercadorias integrando eletronicamente as UGE e permitindo melhores controle orçamentário e coordenação. É por meio da Intranet do Governo que as UGE enviam suas ofertas de compra<sup>9</sup> (OC) para o *mainframe* da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP). Essas OC indicam apenas o item e a quantidade de material desejado. O *mainframe* da PRODESP atua, através dos sistemas SIAFEM/SIAFÍSICO/SIGEO, no processo de execução orçamentário-financeira que respalda a licitação. O endereço do sítio eletrônico da BEC é [www.bec.sp.gov.br](http://www.bec.sp.gov.br) (Campanário, Silva & Rovai, 2006).

O pregoeiro<sup>10</sup> é o agente responsável pela publicação do edital de licitação no sistema da BEC/SP (Fazesp, 2012). O sistema também realiza o empenho orçamentário com base nas informações armazenadas sobre preços e quantidades. Posteriormente o edital é transmitido junto com os cadastros dos fornecedores de cada item da OC para a Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo (SEFAZ). Com base nesses dados, a SEFAZ administra e executa leilões para apurar o menor preço (Campanário, Silva & Rovai, 2006).

Após a divulgação do edital de licitação no sistema BEC/SP, são automaticamente enviados e-mails para os fornecedores devidamente cadastrados com todas as informações necessárias. No dia, horário e durante o intervalo de duração estabelecido pelos técnicos da SEFAZ, os fornecedores interessados acessam o *site* da BEC/SP e oferecem seus lances. O leilão realizado pela BEC/SP é o do tipo “holandês reverso”. Nessa modalidade, é estabelecido um preço teto para cada mercadoria a ser leiloada. Além disso, os preços teto não são conhecidos dos participantes. Será considerado licitante vencedor aquele que oferecer o lance com preço mínimo. Observa-se também que o sistema de apuração *on-line* não aceita qualquer lance. Conforme esse modelo, deve haver um percentual mínimo de diferença entre os lances, fixado pela SEFAZ (Campanário, Silva & Rovai, 2006).

O sistema automaticamente registra os lances e apura o(s) vencedor(es). Convém salientar que a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, em seu artigo 44, assegurou às microempresas (ME) e empresas de pequeno porte (EPP), como critério de desempate, o direito de preferência de contratação. Nesse sentido, o próprio sistema realiza o desempate nas situações em que as propostas apresentadas pelas ME e EPP forem iguais ou superiores até cinco por cento ao valor da proposta melhor classificada, quando o

---








<sup>9</sup> A oferta de compra trata-se de um documento eletrônico emitido pela Unidade Compradora e que contém os elementos essenciais para a elaboração do edital, identificando e quantificando o bem que será adquirido (Fazesp, 2012).

<sup>10</sup> Na etapa de negociação ativa, o pregoeiro envia uma mensagem via chat ao detentor da melhor oferta, convidando-o para a fase de negociação, com o objetivo de redução do preço (Fazesp, 2012).

enquadramento da melhor classificada não for ME ou EPP. Os dados retornam ao *mainframe* da PRODESP com o nome do fornecedor (licitante) vencedor do leilão e o valor do preço ganhador. Após o término do leilão virtual, o SIAFEM reserva o valor para pagamento da OC, desbloqueando a diferença entre a reserva orçamentária (empenho de verbas) e valor total da OC (Fazesp, 2012; Campanário, Silva & Rovai, 2006).

A Figura 2 ilustra o fluxograma de todas as etapas da fase externa do pregão eletrônico no sistema BEC/SP.

#### LEGENDA

	Rito da Lei nº 8.666/1993
	Etapa de identificação da ME/EPP
	Rito da Lei Complementar nº 123/2006 (direito de preferência ME/EPP)
	Regularidade fiscal
	Etapa automática realizada pelo sistema BEC/SP
	Etapa automática realizada pelo sistema BEC/SP
	Etapa automática realizada pelo sistema BEC/SP



Uma particularidade desse meio de realização de compras é a ausência física de quaisquer interessados ou documentos, já que os mesmos estão presentes apenas via sistema eletrônico. Para a garantia da segurança do processo, tem-se a disponibilidade de recursos de criptografia e autenticação, que ajudarão na condução do sistema eletrônico (Nunes, Lucena & Silva, 2007).

As atribuições da autoridade competente do órgão que promoverá o pregão eletrônico são as mesmas do pregão presencial, acrescentando-se apenas a responsabilidade de indicar o provedor do sistema, “evitando que tal procedimento seja efetivado por outrem, mesmo que agente público” (Gusmão, 2004, p. 73). Além disso, as responsabilidades do pregoeiro na operação do pregão eletrônico serão as mesmas atribuídas na operação do pregão presencial, diferenciando-se deste por apresentar facilidades advindas do apoio do sistema de tecnologia. Nesse aspecto, Gusmão (2004) afirma que o pregão eletrônico poderá em muito auxiliar e até aliviar o trabalho do pregoeiro, constando de sua rotina a exclusão automática de lances fora das condições de admissibilidade da administração, como é o caso de lances iguais ou de valor reduzido, bem como recebendo ofertas e documentando-as, além de enviar mensagem ao licitante confirmando a operação (Gusmão, 2004 como citado em Nunes, Lucena & Silva, 2007, p. 232).

Logo, Nunes, Lucena e Silva (2007) concluíram que em termos operacionais o pregão eletrônico é muito mais vantajoso em relação ao pregão presencial, tendo-se em vista que há uma simplificação das atividades do pregoeiro em virtude da operacionalidade automática do sistema em receber e ordenar os lances automaticamente.

Segundo Broboski e Almeida (2005), o uso da tecnologia da informação no pregão eletrônico permite que empresas ou pessoas distantes do lugar da licitação tenham condições de participar do certame sem maiores investimentos, na medida em que as mesmas não precisam arcar com os custos do deslocamento de prepostos. Além disso, o sistema também é aberto para a sociedade uma vez que, por meio da Internet, qualquer cidadão interessado pode acompanhar o processo licitatório em curso, os valores de cada lance efetuado, o vencedor e até a duração da disputa, entre outras informações disponíveis.

Os mesmos autores concluíram que o pregão eletrônico deve aumentar a transparência e o controle social da licitação, além de ampliar o número de concorrentes face às facilidades de informações e participação. Mas uma consideração importante feita pelos autores é que esta nova modalidade possibilita o incremento da competitividade e a ampliação das oportunidades de participação nas licitações, contribuindo para a redução de despesas de acordo com as metas de ajuste fiscal.

## 2.4 OPORTUNISMO DOS AGENTES

Segundo Williamson (1985), a economia dos custos de transação introduz o problema da organização econômica como um problema de contratação. Se, por exemplo, uma tarefa particular precisa ser realizada, ela pode ser organizada de várias maneiras alternativas. A cada uma delas associa-se um mecanismo explícito ou implícito de contrato e apoio. A novidade introduzida pela teoria dos custos de transação é a de que esses mecanismos têm custos e que estes custos devem ser considerados.

Nesse sentido, Fiani (2002) define os custos de transação como aqueles que os agentes enfrentam toda vez que recorrem ao mercado. Os custos das empresas, portanto, não se limitam apenas aos custos de produção, mas incluem os custos associados a qualquer transação econômica.

No quadro das instituições políticas existem as transações sociais que podem ser modeladas como envolvendo o agente e o principal. No âmbito de organizações e burocracias, o agente representa o empregado contratado pelo principal para a realização de uma dada tarefa. No âmbito do mercado, o fornecedor representa o agente contratado para produzir bens e serviços a uma organização conforme estipulado por um contrato (Melo, 1996).

As transações sociais que ocorrem entre o agente e o principal são influenciadas por dois pressupostos comportamentais da teoria dos custos de transação: o oportunismo e a racionalidade limitada (Melo, 1996).

O oportunismo está relacionado à manipulação de assimetrias de informação, visando apropriação de fluxos de lucros. As assimetrias de informação consistem em diferenças nas informações que cada parte envolvida possui numa transação a ponto de afetar o seu resultado final. Isso ocorre devido à transmissão de informação seletiva, distorcida e promessas “autodesacreditadas” sobre o comportamento futuro do agente que, durante a transação, estabelece compromissos que ele mesmo sabe, a priori, que não irá cumprir (Fiani, 2002).

A racionalidade limitada consiste numa forma de racionalidade imperfeita em que as pessoas estão sujeitas a restrições cognitivas, impossibilitando-as de absorver toda a informação disponível para a obtenção da máxima utilidade. Em outras palavras, a hipótese da racionalidade limitada equivale a supor que, mesmo havendo a disponibilidade de toda informação relevante, e a intenção do indivíduo seja maximizar a sua utilidade, ele só poderá fazê-lo dentro dos limites impostos pela sua capacidade de absorver e processar tais informações (Pinheiro & Saddi, 2005).

Existem dois tipos de oportunismo: o oportunismo *ex ante* e o oportunismo *ex post*. O oportunismo *ex ante* ocorre antes da realização da transação. Já o *ex post* ocorre depois. Um exemplo de oportunismo *ex ante* pode ser descrito na contratação de uma empresa fornecedora de um produto cujas especificações ela mesma já sabe que não possui a capacidade de cumprir. Trata-se de um oportunismo conhecido como *seleção adversa* (Fiani, 2002).

O outro tipo de oportunismo surge quando são detectados problemas na execução da transação contratada. Um exemplo de oportunismo *ex post* ocorre quando uma empresa fornecedora de um produto a um preço fixo reduz o nível da qualidade para a redução de seus custos. Trata-se de um oportunismo conhecido como *risco moral - moral hazard* (Fiani, 2002).

Em relação às licitações, as ações oportunistas podem ser postas em prática pelos participantes de um processo de pregão caso os órgãos públicos não especifiquem de forma completa e adequada o objeto licitado. Dessa maneira, os fornecedores poderão aproveitar-se desta incompletude para cotar produtos de pior qualidade ou que não atendam às necessidades do comprador (Faria *et al.* 2010). Quanto à exposição desses autores, percebe-se que a limitação de informações especificadas no edital de compras pelo agente comprador associa-se a um pressuposto de racionalidade limitada, dando abertura ao comportamento oportunista do fornecedor. E isso ocorre porque, por mais que o agente comprador considere que especificou de maneira completa e adequada o seu edital, a sua racionalidade limitada impede a especificação de outros elementos devido às limitações de sua capacidade cognitiva. Logo, o agente comprador imagina que está especificando de maneira completa o edital, quando na verdade não está.

Os benefícios das especificações funcionais e técnicas relacionam-se à determinação e descrição das características e quantidades do serviço necessário. Embora o setor demandante do produto/serviço esteja convencido de que entende as suas próprias necessidades, o departamento de compra pode contribuir significativamente ajudando o setor demandante a separar bem as necessidades públicas de “desejos particulares”. O departamento de compra pode então assegurar que tais necessidades devem ser comunicadas de maneira clara e precisa de forma que todos possam especificar adequadamente o seu pedido e assim atender às reais demandas do setor (Schiele & McCue, 2006).

Caso não existissem as regras impostas pela Lei de Licitações, o comportamento do agente comprador tenderia a ser “oportunista” para a maximização de sua utilidade, de modo a prejudicar o interesse público. Nesse sentido, Herrmann (1998, p. 31) afirma que “a questão



crucial que fundamentou o debate em torno da lei de licitações mais adequada ao setor público diz respeito à forma que deve assumir a governança da coisa pública, isto é, com maior ou menor grau de burocratização”. E também acrescenta que “a burocracia da Lei n. 8.666/93 procurou limitar o grau de decisão do agente público, de modo a minimizar o seu comportamento oportunista”. “Assim, os regulamentos pormenorizados a serem obedecidos ao se proceder a uma licitação pública, segundo a Lei n. 8.666/93, funcionam como salvaguardas contratuais a esse tipo de comportamento”. Ou seja, a Lei de Licitações surgiu não apenas para evitar o comportamento oportunista por parte do fornecedor, mas também por parte do agente público. Dessa forma, o agente público possui a decisão de escolha do fornecedor conforme as regras estabelecidas na lei e não conforme a sua vontade e seus interesses.

Observa-se, portanto, que a Lei das Licitações teve por objetivo reduzir o comportamento oportunista tanto do agente público quanto do licitante interessado em contratar com o poder público. Sendo a licitação substanciada por procedimentos administrativos que envolvem diversos atores como equipe técnica (ou de apoio) e consultores jurídicos, as normas que regem o funcionamento de seu processo podem ser entendidas como “salvaguardas” do poder público para conciliar menor preço e maior qualidade nas aquisições.

## 2.5 QUALIDADE NAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS

Segundo Malik (1996), qualidade é reconhecidamente um termo ao qual se atribui valor subjetivo, e que é atualmente vendido como algo que varia praticamente de interlocutor para interlocutor. Por outro lado, conforme a autora, o senso comum ainda assume o termo qualidade como um atributo e frequentemente com conotação positiva, de qualquer pessoa ou coisa.

Em termos de saúde, a qualidade vista na linha específica dos programas que valorizam o consumidor obriga, por exemplo, a repensar o tamanho do consumo em saúde. Inicialmente é comum a medição de tal consumo à luz de “compra” de produtos ou serviços tangíveis. Sob este aspecto, torna-se necessário perceber que o consumo em saúde, na prática,

é restrito à mesma reduzida percentagem da população que possui acesso a qualquer outro bem de consumo (Malik, 1996).

Segundo Luppi (2010), vários autores consideram que o desafio das últimas décadas é prestar assistência à saúde que garanta a máxima qualidade, o mínimo risco e o baixo custo para o paciente e para a instituição que o assiste.

Conforme Reason (2000), os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, até mesmo nas melhores organizações. E os erros são vistos como consequências ao invés de causas, tendo as suas origens de ordem sistêmica, ou seja, de processos organizacionais. Nesse sentido, embora a condição humana não possa ser mudada, a mudança nas condições em que os seres humanos trabalham pode ajudar a melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Na visão de Batista (2006), a crescente busca pela alta qualidade, menor custo, maior rapidez e flexibilização das compras e contratações públicas demonstra uma constante preocupação dos gestores no uso eficiente dos recursos públicos que constituem uma parcela orçamentária importante, sendo o seu bom gerenciamento mais uma alternativa para o aumento da eficiência na utilização dos gastos públicos e para melhorar o desempenho das organizações governamentais. Segundo o autor, no passado os gestores não se preocupavam muito com a “qualidade” das compras realizadas. E justifica a afirmação citando Costa (1995, p. 4):

“[...] as organizações não davam muita importância para a ‘qualidade’ da sua gerência de compras/materiais. Preocupavam-se unicamente com o preço pago pelos produtos encomendados, sem cuidar dos demais fatores que cercam uma boa compra.”

Para Okazaki (2006), com a hipótese de Kumar, Ozdamar e Ng (2005) de que os custos crescentes da saúde se devem aos processos inadequados de compras, é válido analisar a gestão das aquisições, de forma a identificar possíveis ineficiências que contribuam para o aumento de custos. Não se trata de apenas uma análise dos processos operacionais de compras, mas do seu funcionamento, isto é, das partes envolvidas, seus objetivos, a racionalidade, e como se dá a interação entre os participantes da dinâmica da compra hospitalar.

Os recursos materiais devem ser geridos desde a sua aquisição. O provimento material requer constante observação, controle de qualidade e prévia avaliação técnica para a obtenção do melhor desempenho, que por sua vez, facilita a execução dos procedimentos em

saúde e favorece a atuação do profissional (Pizzoli, 2004 como citado em Luppi, 2010, p. 142).

A tomada de decisão envolvendo qualidade, quantidade, ocasião, aquisição, compra, recebimento, armazenamento e distribuição de recursos materiais constitui um processo complexo e que exige uma logística bem planejada, organizada, coordenada e avaliada. Para que este processo seja bem sucedido, são necessárias algumas atitudes como a criação de canais de comunicação para a viabilização dos processos, um grande número de equipamentos de precisão, recursos humanos selecionados, motivados e capacitados por meio de constantes treinamentos, a prática da rastreabilidade do foco dos problemas, a padronização de materiais em geral, a revisão ágil e constante dos processos, bem como a adoção de práticas inovadoras que envolvam a criatividade gerencial, tecnológica e estrutural (Bittar, 2000).

Conforme Batista (2006), não se pode imaginar um comprador público preocupado unicamente com o fechamento de um processo de compra sem, contudo, fazer uma avaliação desta operação com os demais processos integrados de gestão, buscando, assim, a diminuição dos custos e a melhoria na qualidade dos serviços realizados.

A busca pela melhoria dos processos passa pelo uso sistemático da informação como base de apoio, influenciando diretamente a capacidade de se atingir os objetivos pretendidos, tornando-se necessária a participação de todos os interessados (*stakeholders*) no processo (Batista, 2006).

Segundo o autor, a função de compras está intrinsecamente ligada a todos os departamentos da Instituição, não só do ponto de vista da compra em si, mas, sobretudo, no alcance dos objetivos e finalidades institucionais. Para a decisão final de compra, um comprador público deverá levar em consideração as opiniões e sugestões dadas pelos requisitantes dos produtos ou materiais solicitados, pois elas contribuem e motivam os atores envolvidos, além de aperfeiçoar os aspectos técnicos, provocando um constante melhoramento dos métodos e das atividades de compras.

Os compradores públicos também devem estar cientes de que, para a realização das aquisições, torna-se necessário e imprescindível o fornecimento da especificação completa do produto, além da definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas, de forma a garantir a perfeita aquisição dos bens ou serviços necessários, além de permitir clareza e exatidão por parte de quem está cotando os preços, no caso, o fornecedor (Batista, 2006).

Há que se padronizar as diversas etapas necessárias à aquisição de produtos médicos nos hospitais. A Lei de Licitações e a Lei nº 10.520/02 (que define a modalidade pregão para licitações) prevêm a aquisição e/ou a contratação de bens e serviços para o setor público,

pelo menor custo. Todavia, a lei do menor preço não necessariamente implica na aquisição de produtos de má qualidade (Luppi, 2010).

Para Luppi (2010), cabe às instituições elegerem os bens mais apropriados para os fins a que se destinam. Por conseguinte, cabe ao profissional da saúde definir minuciosamente as características e especificações dos produtos médicos a serem adquiridos, já na abertura do processo de licitação.

A autora destaca ainda a importância da edição de um manual de compras por uma comissão formada por médicos, enfermeiros, engenheiros, tecnólogos e servidores dos serviços de compra hospitalar. Este manual deve ser o mais completo possível, contendo o memorial descritivo de cada produto consumido e/ou utilizado no hospital. Segundo ela, a instituição deve também dispor de um cadastro de empresas fabricantes idôneas e qualificadas, que preencham todos os requisitos legais de instalação, fabricação e fornecimento. Cada produto produzido por cada uma destas empresas, por sua vez, deve conter registro ou notificação no Ministério da Saúde/Anvisa. O registro histórico dos produtos e das empresas também deve estar acessível, incluindo aquele construído a partir das más ou boas experiências com ambos, em processos de aquisição e/ou uso anteriores.

Na fase de classificação das propostas, cabe às instituições inspecionarem se os produtos licitados estão de acordo com as exigências solicitadas, prevendo a apresentação de amostras dos materiais a serem adquiridos e, quando assim o exigir, a avaliação da qualidade e desempenho dos produtos adquiridos das empresas vencedoras no certame (Luppi, 2010).

A aquisição do produto selecionado deve também estar garantida pelo compromisso de fornecimento, no prazo e na quantidade estipulados, previstas as substituições em caso de falhas ou irregularidades que prejudiquem o adequado desempenho dos materiais, ou imponham riscos à saúde dos usuários e dos profissionais que os manuseiam. A aquisição de material médico-hospitalar também deve estar condicionada à não aceitação do produto ou cancelamento da compra, uma vez constatadas diferenças entre o produto classificado e o produto entregue no pós-compra, não se abstendo da aplicação das sanções previstas em contrato e da exclusão do fabricante da lista de cadastro de fornecedores do hospital (Luppi, 2010).

Por outro lado, a política de aquisição de equipamentos nas instituições de saúde, em busca da qualidade e segurança, deve ser a mesma descrita para os materiais médico-hospitalares (Luppi, 2010).

Batista (2006) cita a seguinte conclusão de Dias e Costa (2000, p. 5):

“não se pode, portanto, hoje, imaginar um comprador preocupado unicamente com a conclusão de uma compra, sem avaliar o impacto dessa operação em relação aos demais processos integrados à cadeia produtiva ou operativa das organizações.”

Portanto, Batista (2006) evidencia mais uma vez o papel estratégico das aquisições, que se inicia como uma função estratégica na organização, podendo transformar-se em vantagem competitiva, desde que adequadamente desenvolvida e desempenhada na instituição.

## 2.6 GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O PAPEL DA ANVISA

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela precisa encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos. Encontrada essa combinação, a organização é então institucionalizada por meio da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos.

A tomada de decisão constitui uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, formando uma convicção e tomando uma decisão com a mobilização dos recursos necessários (Tanaka & Tamaki, 2012).

Para os referidos autores, a tomada de decisão na gestão em saúde configura-se num processo complexo e permeado de subjetividade e incertezas. Nessa perspectiva, é válida a afirmação de Paim e Teixeira (2006, p. 77) pertinente à área de políticas, planejamento e gestão em saúde: “há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências”.

Segundo Feldman, Gatto e Cunha (2005), a instituição hospitalar deve buscar constantemente o gerenciamento, com uma harmoniosa integração entre as áreas assistencial,

tecnológica, administrativa, econômica, ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços, de maneira a surpreender positivamente a expectativa do cliente na prestação do serviço.

Nesse sentido, a gestão dos serviços de saúde deve levar em consideração tanto questões internas – organização e funcionamento do serviço – como questões externas – o seu papel no sistema de saúde e o seu impacto na saúde da população. É uma função própria da área de políticas, planejamento e gestão que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos (Paim & Teixeira, 2006).

Tendo-se em vista que o processo de aquisições públicas por meio do pregão eletrônico envolve a tomada de decisão de uma equipe, o critério “preço” não pode ser considerado o único fator de escolha do fornecedor ganhador, principalmente quando se tratam de processos de compras hospitalares que podem trazer riscos à saúde da população.

O desempenho de uma organização está intrinsecamente relacionado ao seu processo de tomada de decisões em compras. Nesse sentido, as más decisões de compra podem conduzir a organização a ter um baixo desempenho em seus negócios. Da mesma forma, o bom senso na tomada das decisões de compras conduz a um melhor desempenho da organização (Schiele & McCue, 2006).

A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e surgiu em 1999 com a responsabilidade de proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso. Uma das responsabilidades da agência é, portanto, avaliar os produtos utilizados na área hospitalar para que eles possam entrar e permanecer em uso, com segurança. Isso ocorre por meio de uma certificação dos produtos que irão entrar no mercado, concedendo ao fabricante um registro, válido por cinco anos. Durante esse período, o produto é submetido a teste de uso e desempenho em grande escala, cuja avaliação será fundamental para embasar revalidações subsequentes ou para retirar o produto do mercado caso sejam evidenciados agravos à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso (Pereira, 2009).

Mas na prática há grandes dificuldades em se fazer uma regulação pós-mercado. E isso ocorre devido à falta de uma cultura gerencial por parte dos hospitais, além de informação de boa qualidade a respeito do desempenho de produtos de saúde, que possa subsidiar a tomada de decisões por parte da Agência (Pereira, 2009).

Segundo Pereira (2009), o Projeto Hospitais Sentinela, criado em 2002, foi concebido para atender a este desafio. A idéia do projeto era a formação de uma rede de parceiros para fins de compartilhamento de informações a respeito dos produtos utilizados ou qualquer outro problema inerente à gestão hospitalar, por intermédio das gerências de risco hospitalar dentro dos hospitais.

O Projeto Hospitais Sentinela foi uma iniciativa que teve seu modelo disseminado para o *Food Drug Administration* dos Estados Unidos e outros países da América do Sul. Trata-se de uma iniciativa de sucesso da Anvisa em função da sua disseminação dentro da rede hospitalar pública brasileira (Pereira, 2009).

Foi por meio do referido projeto que a Anvisa buscou promover uma cultura gerencial nas equipes hospitalares visando não apenas a promoção da qualidade e segurança em produtos e serviços de saúde, mas também uma mudança no antigo paradigma da gestão hospitalar com a implantação do gerenciamento de risco nos hospitais.

No âmbito do gerenciamento de risco, o Projeto Hospitais Sentinela surgiu para evitar/minimizar os riscos advindos de falhas no gerenciamento dos processos que envolvem a segurança e bem estar tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. No escopo do projeto foram identificadas as situações que traziam maior risco para as unidades hospitalares e que estavam relacionadas à qualidade da gestão dos serviços de saúde. Uma dessas situações consistiu no registro (notificação) mínimo ou inexistente da ocorrência de falhas ou de eventos adversos envolvendo produtos de saúde. Logo, isso dificultava a fiscalização e regulação do mercado de produtos de saúde pela Anvisa, permitindo que alguns produtos de baixa qualidade e segurança continuassem a ser adquiridos pelas organizações de saúde. Nesse sentido, o plano do projeto mapeou todas as ações necessárias para que as equipes dos hospitais participantes do programa pudessem gerenciar adequadamente os riscos inerentes à área de saúde conforme os objetivos do projeto. E um dos aspectos a ser analisado será o gerenciamento de risco das compras públicas após a implementação do referido projeto no hospital alvo da pesquisa.

## 2.7 GERENCIAMENTO DE RISCO SOB A ÓTICA DA GESTÃO DE PROJETOS

Segundo Kerzner (2009), risco é uma medida da probabilidade e da consequência de não se atingir um objetivo de um dado projeto. A maioria das pessoas concorda que o risco envolve a noção de incerteza. Nesse sentido, o risco constitui uma falta de conhecimento de eventos futuros. Normalmente os eventos futuros (ou resultados) favoráveis são chamados de oportunidades, enquanto que os eventos desfavoráveis são chamados de riscos.

Outro elemento relacionado ao risco, conforme Kerzner (2009), é a sua causa. Algo, ou a falta de algo, pode induzir a uma situação de risco. E tal situação pode representar um “perigo”. Existem certos riscos que podem ser superados em grande medida, quando estes são conhecidos e são tomadas atitudes para contorná-los. Um exemplo citado pelo autor consiste num grande buraco que, numa estrada, representa um perigo muito maior para um motorista que não a conhece do que para quem viaja frequentemente nela e conhece os seus buracos.

O risco, portanto, aumenta com o perigo e diminui com a salvaguarda. Sob este aspecto, o gerenciamento de projetos deve estar bem estruturado para a identificação dos riscos e para o desenvolvimento de salvaguardas visando superá-los. Se existirem garantias adequadas, o risco pode ser reduzido a um nível aceitável (Kerzner, 2009).

Conforme o guia *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK) do *Project Management Institute* (PMI) (2008), o risco do projeto relaciona-se a um evento futuro ou a uma condição incerta cuja ocorrência produz um efeito em pelo menos um dos objetivos propostos no projeto. Um risco pode apresentar uma ou mais causas e o seu acontecimento pode ter um ou mais impactos. A causa do risco pode ser um requisito, uma premissa, uma restrição ou até mesmo uma condição que crie a possibilidade de resultados negativos ou positivos.

Tendo-se em vista a definição do PMBOK quanto ao caráter positivo ou negativo dos resultados criados pelo risco, Hillson (2001) considera que o processo de gerenciamento do risco tende a focar os aspectos negativos, uma vez que tal processo é necessário para a minimização da probabilidade de ocorrência dos riscos.

Em relação aos aspectos negativos, as condições de risco podem incluir elementos do ambiente da organização ou do projeto que corroboram para o risco do projeto, como por exemplo, as práticas imaturas de gerenciamento de projetos, a falta de sistemas integrados de gerenciamento, a ocorrência de vários projetos simultâneos ou a dependência de participantes externos que não podem ser controlados (PMI, 2008).



Devido ao risco possuir origem na incerteza existente em todos os projetos, os riscos conhecidos representam aqueles que foram identificados e analisados, possibilitando o planejamento de soluções. Existem riscos que não podem ser gerenciados de forma proativa, sugerindo-se que a equipe do projeto crie um plano de contingência. Mas se um dado risco do projeto já ocorreu, pode-se então defini-lo como não mais sendo um risco e sim um problema (PMI, 2008).

É nesse sentido que o guia PMBOK considera importante o planejamento dos processos de gerenciamento dos riscos para garantir que o grau, o tipo e a visibilidade desse gerenciamento seja proporcional tanto aos riscos quanto à importância do projeto para a organização. O planejamento também possui importância na otimização de tempo e de recursos suficientes para as atividades de gerenciamento dos riscos e para estabelecer uma base acordada para a avaliação dos riscos.

O processo de gerenciamento de risco não pode ocorrer de forma isolada. Ele precisa do apoio de uma estrutura interna da organização. Os principais componentes de uma estrutura bem sucedida de gerenciamento de risco são a estrutura de comunicações e informação (arquitetura), a gestão de risco global estratégica definida pela organização (estratégia) e o conjunto de diretrizes e procedimentos (protocolos) que foram estabelecidos (Hopkin, 2010).

A fim de assegurar que as decisões institucionais sejam tomadas corretamente, a organização deve desenvolver ações de gerenciamento de risco que forneçam informações adicionais para auxílio nessa tomada de decisão. Um dos principais benefícios do gerenciamento de riscos é aumentar a eficiência das operações dentro da organização. O gerenciamento de riscos deve ajudar a garantir que os processos de negócios (incluindo melhorias de processo por meio de projetos e iniciativas de mudança, entre outros) e que a estratégia selecionada sejam ambos eficazes, na medida em que é capaz de fornecer exatamente o que é requerido (Hopkin, 2010).

Segundo Hopkin (2010), a prática da gestão de risco é necessária não apenas para a tomada de decisão estratégica, mas também para a entrega eficaz de projetos e programas de trabalho, bem como em relação a operações de rotina da organização.

O autor também considera que, para que haja o alcance de uma contribuição do gerenciamento bem sucedido do risco, os benefícios desejados de qualquer iniciativa dessa gestão devem ser identificados. Se tais benefícios não forem identificados, então não haverá nenhum meio de avaliar se a iniciativa do gerenciamento de risco foi bem sucedida. Portanto, um bom gerenciamento de riscos deve ter um conjunto claro de resultados desejados e

benefícios. Adequada atenção deve ser dada a cada etapa do processo de gerenciamento de riscos, bem como a detalhes do projeto, implementação e monitoramento da estrutura que suporta as atividades de gerenciamento de risco (Hopkin, 2010).

Na visão de Kerzner (2009), o gerenciamento de riscos representa o ato ou a prática de lidar com o risco. Logo, ele inclui o *planejamento* de riscos, a *identificação* dos riscos, a *análise* de riscos, o desenvolvimento de estratégias de *resposta* ao risco e o *monitoramento* e *controle* de riscos, visando a sua minimização com a salvaguarda.

Um dos primeiros passos para o gerenciamento dos riscos é a sua identificação, ou seja, dar início ao processo de determinação dos riscos que podem afetar negativamente o projeto. Tal ação pode ser atribuída ao gerente de projeto, aos membros de sua equipe, à equipe de gerenciamento de riscos (caso seja designada), aos clientes, aos especialistas em assuntos externos à equipe do projeto, aos usuários finais e demais *stakeholders* que venham a surgir (PMI, 2008).

Um gerenciamento adequado dos riscos visa reduzir a probabilidade de ocorrência de um evento negativo ou a magnitude de seu impacto sobre o projeto, bem como aumentar a probabilidade de sucesso do projeto (Kerzner, 2009).

Um processo de tomada de decisão caracteriza-se por altos níveis de incerteza (Soriano, 2001). Serviços de limpeza, por exemplo, são frequentemente contratados como genéricos. Outros serviços, como o desenvolvimento de software de aplicação, telecomunicações e propaganda, são contratados como “profissionais” (específicos). A aquisição de produtos e serviços genéricos é geralmente de baixo custo e risco, pois o valor a ser agregado na decisão de compra não é elevado. Já a aquisição de produtos e serviços profissionais apresenta riscos muito mais elevados, devido às oportunidades de lucro ao fornecedor a partir de uma maior agregação de valor ao produto/serviço específico (West, 1997).

Segundo West (1997), para compensar o alto risco percebido de produtos e serviços profissionais, os compradores corporativos muitas vezes buscam o apoio de especialistas que atuam no mesmo ramo, bem como de seguras propagandas boca-a-boca. Trata-se do método WOM (*word-of-mouth*) que se relaciona com a teoria do risco percebido e cujo princípio fundamental baseia-se em serviços de troca de informações entre os compradores. O risco desempenha um papel maior na aquisição de serviços por causa da intangibilidade dos próprios. Perdas decorrentes de riscos incluem aquelas que são de natureza financeira, temporal, física e psicossocial (constrangimento ou perda de auto-estima). A intangibilidade torna a aquisição de serviços mais difícil e às vezes impossibilita a mensuração da pré-

compra, e até mesmo da pós-compra. Nesse sentido, o autor considera que equipes de especialistas em compras e o método WOM são importantes para a redução de tais riscos.

Outra consideração importante feita por West (1997) é que serviços cujo desempenho foi baixo na organização contratante raramente são contratados novamente, devido ao elevado risco. Analogamente, pode-se afirmar que a aquisição de produtos de baixa qualidade minimiza as chances de nova compra dos mesmos produtos, pois envolve um risco maior.

Kerzner (2009) e Hopkin (2010) também definiram algumas ações necessárias para o bom gerenciamento de riscos. Tais ações foram descritas no Quadro 1.

<b>Gerenciamento de Riscos</b>	
<b>Principais Ações</b>	
<b>Identificação do ambiente interno organizacional</b>	O ambiente interno compreende a missão de uma organização e define a base de como o risco é visto e abordado.
<b>Definição de objetivos estratégicos</b>	Os objetivos estratégicos devem ser definidos antes do gerenciamento para a identificação de eventos em potencial que afetam sua realização.
<b>Identificação dos riscos</b>	Eventos internos e externos que afetam a realização dos objetivos da organização devem ser identificados, havendo a distinção entre riscos e oportunidades.
<b>Análise dos riscos</b>	A análise de riscos começa com uma avaliação detalhada dos riscos que foram identificados e aprovados pelos tomadores de decisão para uma avaliação mais aprofundada. O objetivo é reunir informações suficientes sobre os riscos para estimar a probabilidade de ocorrência e consequência da ocorrência, se o risco ocorre e converter os valores resultantes para um nível de risco correspondente.
<b>Avaliação dos riscos</b>	Os riscos são avaliados, considerando a probabilidade e o impacto como uma base para determinar como eles devem ser gerenciados.
<b>Resposta aos riscos</b>	O gerenciamento seleciona respostas aos riscos evitando, aceitando, reduzindo ou compartilhando riscos.
<b>Controle das atividades</b>	Políticas e procedimentos são estabelecidos e implementados para ajudar a garantir respostas aos riscos.
<b>Informação e comunicação</b>	Informações relevantes são identificadas, capturadas e comunicadas para que as pessoas possam cumprir suas responsabilidades.
<b>Monitoramento</b>	A totalidade do gerenciamento de risco corporativo é monitorada e modificações são feitas conforme necessário.

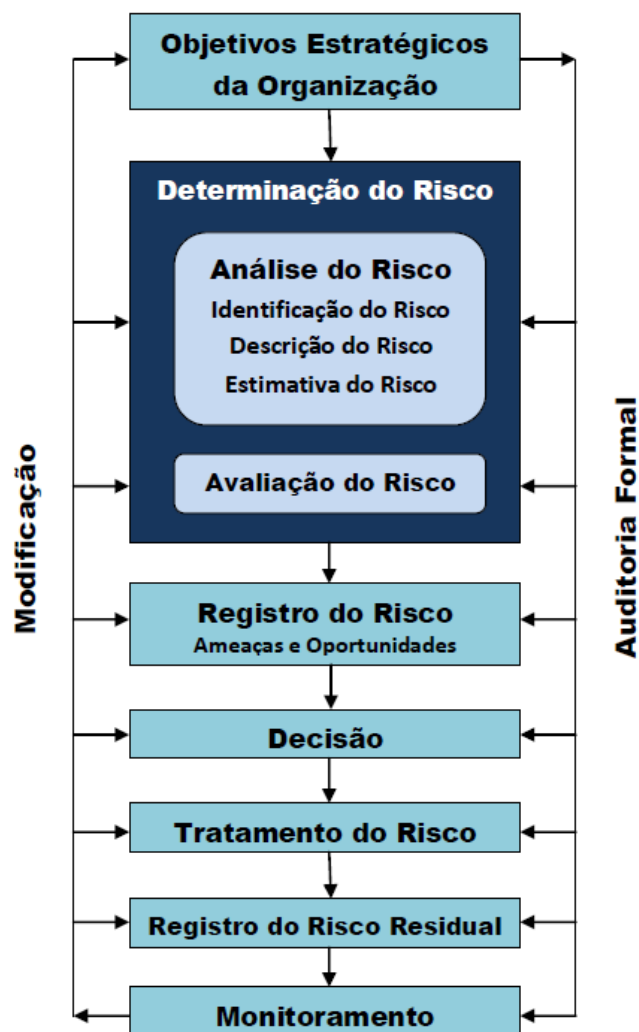
**Quadro 1. Principais ações do gerenciamento de riscos**

Fonte: Elaborado pela autora com base em Kerzner (2009) e Hopkin (2010).

Percebe-se no quadro anterior que o processo de gerenciamento de risco deve estar alinhado com a missão da organização. As ações necessárias para que ele ocorra descrevem-se numa sequência que deve ser rigorosamente seguida. Em outras palavras não adianta, por

exemplo, fazer uma análise dos riscos sem antes identificá-los. Nesse sentido, para uma operação de aquisições públicas, por exemplo, o processo de gerenciamento de risco deve considerar o ambiente organizacional e identificar possíveis riscos que podem afetar a missão da instituição.

A Figura 3 mostra que as principais ações do gerenciamento de risco são dependentes uma das outras, não podendo isolar uma ou mais ações do processo. Portanto, observa-se na figura que o gerenciamento de riscos trata-se de um processo contínuo, em que uma ação deve desencadear outra e assim sucessivamente.



**Figura 3. Processo de Gerenciamento de Risco**

**Nota.** Fonte: Hopkin, P. (2010). *Fundamentals of risk management: understanding, evaluating, and implementing effective risk management* (p. 55). London: Kogan Page.

Tendo em vista a introdução do gerenciamento de risco no setor hospitalar por intermédio do Projeto Hospitais Sentinela da Anvisa, nesta dissertação a gestão de projetos foi abordada por meio da gestão de riscos, que constitui uma de suas nove áreas do conhecimento<sup>11</sup> englobadas no guia PMBOK. Portanto, o estudo do gerenciamento de risco introduzido no hospital alvo de análise pela Anvisa levou em consideração os achados na literatura sobre o referido tema no âmbito da gestão de projetos.

De todos os construtos abordados anteriormente, percebe-se que muitos dos autores citados consideraram o processo de aquisições públicas como uma função estratégica nas organizações para fins de economia dos recursos públicos, bem como para a eficiência nas operações públicas. Em relação às aquisições públicas realizadas no Brasil, seus procedimentos são regidos pela Lei de Licitações, ganhando destaque os processos de pregão realizados pela Administração Pública. O pregão trata-se de um processo de aquisição de bens e serviços pelo poder público tendo por critério fundamental o menor preço. Com o crescente uso da internet, o Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005 instituiu a modalidade de pregão na forma eletrônica. No entanto, caso os processos de aquisições sejam mal gerenciados, a contratação de produtos/serviços pode gerar riscos à organização contratante, principalmente em se tratando de contratação no setor de saúde. E tais riscos podem estar associados ao oportunismo dos agentes envolvidos no processo.

Logo, o grande desafio das organizações públicas do setor de saúde é adquirir produtos e serviços de saúde de menor preço e maior qualidade. Nesse sentido, surgiu o Projeto Hospitais Sentinela da Anvisa que introduziu o gerenciamento de risco nos hospitais participantes do projeto. Tal gerenciamento foi uma estratégia da agência utilizada para melhor evitar/reduzir os riscos advindos de falhas nos procedimentos que envolvem a segurança e o bem estar dos pacientes e profissionais de saúde. E um dos principais objetivos do projeto consistiu na aquisição segura de produtos e serviços de saúde por meio do gerenciamento de risco. Dessa forma, a pesquisa buscou averiguar a relação entre a melhoria das aquisições públicas de um hospital pertencente à Rede Sentinela e o gerenciamento de risco introduzido no próprio, sob a ótica da Gestão de Projetos.

O próximo capítulo descreve a metodologia utilizada na pesquisa.

---

<sup>11</sup> As nove áreas do conhecimento englobadas no guia PMBOK são: gestão de escopo, gestão de tempo, gestão de custo, gestão da qualidade, gestão de recursos humanos, gestão da comunicação, gestão de risco, gestão de aquisições e gestão da integração (Carvalho & Rabechini, 2011: 59).

### 3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O método utilizado foi o estudo de caso, pois conforme Yin (2005/1984) trata-se de um método que contribui em muitas situações com o conhecimento que os indivíduos possuem dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados.

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real que podem ser entendidos como os ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (Yin, 2005/1984).

O tipo de estudo de caso a ser utilizado nesta pesquisa consiste no estudo exploratório (Yin, 2005/1984). Tal estratégia foi escolhida para o exame de acontecimentos contemporâneos, mas sem a possibilidade de manipulação de comportamentos relevantes. Conforme Yin (2005/1984), o estudo de caso considera muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas oferece duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas. Já o caráter descritivo do estudo de caso é necessário em função do objeto de análise: como a introdução do gerenciamento de risco pelo Projeto Hospitais Sentinela contribuiu para a melhoria do processo de aquisições públicas realizadas num hospital específico. Nesse sentido, há a necessidade, por exemplo, de descrição dos principais *stakeholders* envolvidos no processo, de suas principais funções e outros aspectos importantes para o entendimento do estudo de caso.

Os estudos de caso também podem incluir as evidências quantitativas. Na realidade, o contraste existente entre evidências quantitativas e qualitativas não diferencia as várias estratégias de pesquisa. Enquanto alguns tipos de experimentos e algumas questões feitas em levantamentos (como aquelas que buscam respostas numéricas em vez de respostas categóricas) têm por base evidências qualitativas, uma pesquisa histórica pode incluir muitas evidências quantitativas (Yin, 2005/1984).

Nesse sentido, o estudo de caso desta pesquisa terá as abordagens qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa buscou analisar em profundidade os fenômenos e evidências envolvidas quanto aos principais aspectos da pesquisa no hospital estudado: implantação do projeto e seus efeitos sobre as compras públicas. Já a abordagem quantitativa configurou-se no levantamento de informações quantitativas pertinentes a uma ou mais variáveis no fenômeno estudado. Tal levantamento levou em consideração o problema da pesquisa, ou seja, de que maneira a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais pelo Projeto Hospitais Sentinela contribuiu para a melhoria do processo de aquisições públicas realizadas num hospital público.

Em princípio, buscou-se a realização de um estudo de caso múltiplo, ou seja, com pelo menos dois hospitais pertencentes à Rede Sentinela para fins de análise comparativa. No entanto, dos quatro hospitais contatados, apenas um único apresentou interesse em participar da pesquisa. Mas isso não significa que o caso único é menos representativo que o caso múltiplo para o estudo de um dado fenômeno. Segundo Yin (2005/1984), um dos fundamentos lógicos para um caso único é o caso *representativo* ou *típico*. Conforme o autor, nesse tipo de caso o objetivo é capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum ou do dia-a-dia. No caso específico, o problema de pesquisa envolve questões de interesse organizacional e acadêmico, não se configurando o estudo numa análise particular de um caso de conveniência.

A instituição pesquisada é uma entidade autárquica autônoma, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica e patrimônio próprio e vinculada a uma Secretaria do Estado de São Paulo. A finalidade da instituição é a prestação de assistência médica e hospitalar, de elevado padrão aos seus contribuintes e beneficiários. Trata-se de um hospital de grande porte, localizado na região metropolitana de São Paulo e que teve participação na fase inicial do Projeto Hospitais Sentinela em 2002. O hospital atualmente compõe a Rede Sentinela na condição de participante<sup>12</sup> conforme Portaria nº 1693 da Anvisa, publicada em 9 de novembro de 2011 no Diário Oficial da União<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Existem quatro diferentes perfis de credenciamento das instituições de saúde junto à Rede Sentinela: a) *Participante*: a gerência de risco deve existir e funcionar no hospital, com alimentação regular dos bancos de dados da VIGIPÓS (Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária). Trata-se do perfil de entrada na Rede Sentinela, obrigatório para a permanência na mesma; b) *Colaborador*: o hospital deve ter capacidade para desenvolvimento de estudos de interesse do Sistema de Saúde Brasileiro; c) *Centro de Cooperação*: trata-se da cooperação horizontal para atividades de formação de pessoal e educação continuada a outras instituições de saúde ou capacidade para desenvolvimento de material instrucional; d) *Centro de Referência*: o hospital deve possuir coordenação e/ou supervisão de sub-redes com foco em temas ou tecnologias específicas (Anvisa, 2011).

<sup>13</sup> A Portaria nº 1693 da Anvisa encontra-se no Apêndice F desta pesquisa.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: (a) pesquisa documental em documentos institucionais da Anvisa (adquiridos na agência e em seu *site* institucional) e do hospital pesquisado (relatórios disponibilizados no *site* do hospital e atas de pregão eletrônico do hospital disponibilizadas no *site* da Bolsa Eletrônica de Compras); (b) Entrevista com os principais *stakeholders* do hospital: Gerente de Risco, Gerente de Compras e Gestor de Contratos.

O Quadro 2 na sequência resume o delineamento da pesquisa.

Questão de Análise	Objetivos da Análise	Método e Técnicas utilizadas	Resultado da Análise
O quê pesquisar	Como pesquisar		Para quê pesquisar
De que maneira a introdução do gerenciamento de risco pelo Projeto Hospitais Sentinelas contribuiu para a melhoria do processo de aquisições públicas realizadas no hospital alvo da pesquisa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentar as principais diretrizes do Projeto Hospitais Sentinelas que previam a melhoria da qualidade das aquisições públicas com a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais;</li> <li>▪ Analisar as ações desenvolvidas pela Gerência de Risco, equipe hospitalar e equipe de compras da instituição pesquisada antes, durante e após a implementação do Projeto Hospitais Sentinelas;</li> <li>▪ Verificar os efeitos da implantação do Gerenciamento de Risco pelo Projeto Hospitais Sentinelas na melhoria das aquisições públicas da instituição pesquisada.</li> </ul>	Coleta de informações por meio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análise Documental;</li> <li>▪ Entrevistas Não Estruturadas e Semiestruturada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para avaliar a importância do gerenciamento de risco sob a ótica da gestão de projetos no âmbito das políticas públicas;</li> <li>▪ Para constatar se ocorreram melhorias nas aquisições públicas com a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais pelo Projeto Hospitais Sentinelas (minimização dos riscos da má compra; economia dos gastos públicos e maior qualidade nas aquisições).</li> </ul>

**Quadro 2. Modelo de delineamento da pesquisa**

**Nota.** Fonte: Adaptado de Rabêlo, R. B. (2007). *Vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde: o desafio da rede sentinela* (p. 71). Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.



### 3.2.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental caracteriza-se pelo estudo de documentos dos mais variados tipos, escritos ou não, tais como diários, documentos arquivados em entidades públicas e privadas; gravações, fotografias; mapas entre outros. Trata-se de uma técnica que subsidia o melhor entendimento de achados e também corrobora evidências coletadas por outros instrumentos e outras fontes, possibilitando a confiabilidade de achados por meio de triangulações de dados e de resultados (Martins & Theófilo, 2009).

Foram obtidas informações pertinentes ao Projeto Hospitais Sentinela por meio de documentos institucionais da Anvisa, adquiridos na própria instituição<sup>14</sup>, bem como no sítio eletrônico da agência. O objetivo dessa coleta foi verificar aspectos relevantes do projeto, como por exemplo, o documento de constituição do projeto, contendo os principais objetivos e metas; o relatório de avaliação do projeto, no qual constam os objetivos e metas alcançados e demais outros essenciais à pesquisa. Dentre todas as informações coletadas, foram utilizadas apenas as pertinentes ao processo de introdução do gerenciamento de risco nos hospitais e às aquisições de produtos/serviços de saúde.

Em relação às informações institucionais do hospital escolhido para o estudo de caso, tais foram coletadas no *website* da referida instituição e no *website* da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC/SP). O objetivo dessa coleta consistiu na verificação de alguns dados relativos ao hospital (tamanho, número de profissionais, participação no Projeto Hospitais Sentinela e aquisições) e pertinentes ao problema da pesquisa (de que maneira a introdução do gerenciamento de risco pelo Projeto Hospitais Sentinela contribuiu para a melhoria do processo de aquisições públicas realizadas no hospital alvo da pesquisa).

As informações pertinentes ao tamanho do hospital, ao número de profissionais atuantes e à participação no Projeto Hospitais Sentinela encontram-se no próprio sítio eletrônico da instituição. Quanto às informações a respeito das aquisições do hospital realizadas para a Equipe Sentinela<sup>15</sup>, estas foram coletadas no *website* da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC/SP). O período escolhido para a constituição da base de informações sobre as aquisições do hospital foi de julho de 2008 a dezembro de 2012. A justificativa da escolha da

---

<sup>14</sup> A Anvisa localiza-se no Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Trecho 5, Área Especial 57, em Brasília (DF). Portanto, foi necessário o deslocamento até a agência para a obtenção dos documentos institucionais.

<sup>15</sup> A Equipe Sentinela consiste no conjunto de profissionais da instituição pesquisada orientados pelas diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela para a observância da qualidade em saúde. Especificamente nesta análise, a Equipe Sentinela considerada será a dos profissionais que fazem parte da equipe de apoio dos pregões realizados na instituição e que possuem informações e competência técnica para auxiliar o pregoeiro no processo de tomada de decisão.

data inicial de pesquisa refere-se à disponibilidade das informações presentes no referido *website* somente a partir de julho de 2008.

Em relação à coleta de dados e informações dos pregões eletrônicos no sítio eletrônico da BEC/SP ([www.bec.sp.gov.br](http://www.bec.sp.gov.br)), a unidade compradora (UC) escolhida foi o hospital alvo da pesquisa e foram analisados somente os pregões na fase encerrada. O acesso às informações no referido sítio só é permitido mês a mês, ou seja, o sistema BEC/SP não permite, por exemplo, acessar dados do mês janeiro de 2009 a abril de 2009. Ele só permite acessos no formato de data (01/01/2009) e no prazo máximo de 31 dias (exemplos: 01/01/2009 a 31/01/2009; 01/04/2011 a 30/04/2011).

O sistema BEC/SP permite a consulta às diversas ofertas de compra (OC) da instituição pesquisada, ou seja, podem ser consultadas atas de pregão eletrônico de diversos tipos de produtos ou serviços contratados (ou em vias de contratação) pelo hospital. Logo, a análise das atas restringiu-se apenas aos produtos e serviços relacionados à área hospitalar sob responsabilidade da Equipe Sentinela do hospital, ou mais precisamente, aos produtos/serviços Sentinela.

O processo de seleção das atas de pregão de produtos e serviços de saúde do hospital pesquisado, para fins de levantamento quantitativo de informações, foi orientado pelas seguintes etapas:

a) Foram analisados todos os editais de licitação das ofertas de compra (OC) que se enquadravam apenas nos seguintes elementos descritos no quadro a seguir. Isso quer dizer que as OC, cuja natureza da despesa não estivesse descrita no referido quadro, não foram consideradas para análise nesta pesquisa (por exemplo, natureza “OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS-PESSOA JURÍDICA”, “EQUIPAMENTOS PARA INFORMÁTICA”, “SERVIÇOS GRÁFICOS”, “CONSERV. MANUTENC. DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS” e demais outras que porventura não tivessem relação com produtos/serviços de saúde).

O Quadro 3 elenca os principais elementos contidos nas atas de pregão eletrônico submetidas à análise e pesquisa.

<b>Descrição dos principais elementos contidos nas Atas de Pregão Eletrônico selecionadas para análise</b>	
<b>Natureza da Despesa</b>	EQUIP. E MOBIL. MED.-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICO
	EXAMES LABORATORIAIS
	GAS MEDICINAL (SERV. DE FORNEC. E LOCAÇÃO)
	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DIVERSOS
	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS, AERONAVES E OUTROS
	MAT. MEDICO-ODONT. LABORATORIAL E VETERINÁRIO
	MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS
	OUTROS EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE
	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO
	PEÇAS DE REPOSIÇÃO E ACESSÓRIOS
	SERVIÇOS DE LIMPEZA
	SERVIÇOS DIVERSOS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO
	VEÍCULOS DIVERSOS
<b>Situação do Pregão Eletrônico</b>	ANULADO
	DESERTO
	ENCERRADO COM VENCEDOR
	ENCERRADO SEM VENCEDOR
	FRACASSADO
	REVOGADO
<b>Período Elencado</b>	JULHO/2008 A DEZEMBRO/2012

**Quadro 3. Descrição dos principais elementos das atas de pregão levados em consideração para a delimitação do escopo de dados consultados no sítio eletrônico da BEC/SP**

Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

b) Feita uma primeira seleção das Atas de Pregão Eletrônico no sistema da BEC/SP, procedeu-se à seleção das atas cujo edital contivesse as seguintes características descritas no Quadro 4.

<b>Descrição dos principais aspectos contidos nos Editais de Licitação das Atas de Pregão Eletrônico selecionadas para análise</b>	
<b>Registro do Produto</b>	Exigência de Registro do produto na Anvisa e vigente no exercício.
	Exigência de Registro do produto no Ministério da Saúde e vigente no exercício.
<b>Locação de Veículos, Equipamentos</b>	Exigência de qualificação técnica conforme Autorização ou Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária do domicílio da sede do licitante (fornecedor interessado em contratar com o hospital) no caso de locação de veículos, equipamentos.
<b>Equipamentos</b>	Em relação à aquisição de equipamentos, exigência de Registro do produto na Anvisa e/ou de observância de notas técnicas da ANVISA para gerenciamento de dados, totalmente compatível e integrado ao aparelho, vigente no exercício, com atividade da empresa compatível(eis) com o(s) produto(s) ofertado(s) no momento oportuno.
<b>Prestação de Serviços diversos (laboratório, análises clínicas, por exemplo)</b>	Atendimento às Resoluções ANVISA RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) sobre as boas práticas de fabricação e os procedimentos a serem adotados pela empresa contratada.
<b>Prestação de Serviços de Limpeza</b>	Fornecimento de todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços.
	Utilização de produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Portaria 15/MS/SNVS de 23/08/1988.
	Exigência de cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores dos produtos, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para esse fim.
	No caso de fabricante de saco plástico, exigência do registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei nº 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto.
	Fornecimento de saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde (artigos 14 e 15 do Decreto nº 79.094, de 05/01/1997).
	Atendimento à Resolução ANVISA RE nº 913, de 25/06/2001, que proíbe o uso de saneantes domissanitários de Risco I, listados pelo art. 5.º da Resolução RDC nº 184 de 22/10/2001.
	Atendimento à Portaria DISAD - Divisão Nacional de Vigilância Sanitária nº 8, de 10/04/1987 e nº 13/MS/SNVS de 20/06/1988 que proíbe a aplicação de saneantes domissanitários fortemente alcalinos apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos para limpeza de fornos e desincrustação de gorduras.
	Atendimento à Resolução RDC nº 326, de 09/11/2005 que estabelece a observação da rotulagem dos produtos desinfetantes domissanitários.

**Quadro 4. Descrição dos principais aspectos dos Editais de Licitação contidos nas atas de pregão escolhidas**

Fonte: Editais de Licitação da instituição pesquisada, disponibilizados no *website* da Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

A escolha dos aspectos elencados no Quadro 4 justifica-se principalmente por constituírem critérios de classificação/desclassificação de fornecedores para a participação no certame licitatório. Nesse sentido, conforme o item de compra ofertado na OC, caso o fornecedor não apresente o(s) elemento(s) descrito(s) no Quadro 4 (de acordo com o produto/serviço desejado pela instituição), este é desclassificado do certame.

Após todas as etapas de seleção, as Atas de Pregão Eletrônico escolhidas tiveram os seus endereços eletrônicos de acesso transcritos numa planilha. Para cada ata analisada, as informações obtidas foram registradas na própria planilha. Ao todo foram selecionadas 912 atas de pregão para a pesquisa e a escolha das principais variáveis analisadas em cada ata levou em consideração a relação destas com a literatura descrita no referencial teórico. As principais variáveis escolhidas foram: número de pregões realizados, total de itens de compra, total de fornecedores participantes, exigência de amostra e fornecedores desclassificados por motivo de qualidade.

### 3.2.2 Entrevistas

A segunda técnica utilizada foi a entrevista. A entrevista representa uma técnica de pesquisa para a coleta de informações, dados e evidências cujo objetivo principal é o entendimento e a compreensão do significado atribuído pelos entrevistados a questões e situações vividas por eles e por sua equipe no contexto do assunto pesquisado. Foram utilizados dois tipos de entrevista nesta pesquisa: a) semiestruturada, ou seja, conduzida por meio de um roteiro acrescentado de novas perguntas pelo entrevistador, quando necessário; b) não estruturada, na qual o entrevistador busca obter informações por meio de uma conversa livre, sem a adoção de um roteiro prévio de perguntas (Martins & Theófilo, 2009).

A investigação do caso seguiu uma abordagem exploratório-descritiva, levando-se em consideração nas entrevistas os relatos de experiências dos profissionais entrevistados. As entrevistas com os profissionais do hospital foram realizadas para fins de verificação da implantação do gerenciamento de risco no hospital alvo de análise, de que forma ela se deu e de que maneira tal gerenciamento produziu efeitos nas aquisições públicas. Estipulou-se o ano de 2003 como marco divisor das experiências ocorridas antes e após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela, tanto nas entrevistas não estruturadas quanto no roteiro de

entrevista semiestruturada<sup>16</sup>. As perguntas da entrevista não estruturada levaram em consideração a função desempenhada pelo entrevistado e, principalmente, as experiências vividas por ele conforme o contexto perguntado. As perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada foram formuladas tendo-se por base o Relatório de Avaliação para a Unidade de Gerenciamento de Projeto (UGP) do Projeto Hospitais Sentinela, documento institucional da Anvisa que descreve os principais resultados dos Projetos BRA/97/042 e BRA/04/010<sup>17</sup>. Nesse documento consta em seu Anexo 4 vários questionários de avaliação do projeto e alguns solicitam informações a respeito dos procedimentos de aquisição dos hospitais participantes. Outro documento institucional que embasou a formulação das perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada foi o Boletim Informativo da Anvisa nº 24, de outubro de 2002. Esse documento trouxe uma orientação dada pela ex-diretora do Projeto Hospitais Sentinela, Dra. Clarice Petramale a respeito das aquisições hospitalares:

“É preciso que os hospitais dêem muita atenção a qualidade e segurança dos produtos de saúde adquiridos em seus serviços, e esta atenção começa na hora de elaborar os editais de licitação para compra de produtos. O edital é o documento que rege as relações entre o hospital e seus fornecedores, por isso é fundamental que ele exija especificações completas do produto a ser adquirido, além das relativas à assistência técnica, treinamento, garantia, pagamentos e entregas necessárias a uma compra racional.” (Anvisa, 2002, p. 5)

Outro aspecto importante e abordado pela ex-diretora no boletim é o risco advindo de editais pouco detalhados que podem resultar na aquisição de produtos de baixa qualidade e perigosos à saúde. Segundo ela:

“[...] preço mais baixo pode, em princípio, trazer economia momentânea. Mas, na verdade, pode introduzir dificuldades operacionais e custos altos para reparar danos e para repor o que se perdeu, justo em um ambiente sensível como o da saúde, onde o risco deveria ser o menor possível.” (Anvisa, 2002, p. 5).

Portanto, o roteiro de entrevista semiestruturada apresentou perguntas abertas e objetivas de maneira que o entrevistado pudesse fornecer informações claras e condizentes

---

<sup>16</sup> O Roteiro de Entrevista Semiestruturada encontra-se no Apêndice A desta pesquisa.

<sup>17</sup> A implementação dos Projetos BRA/97/042 e BRA/04/010 será descrita no próximo capítulo.

quanto às características do processo de aquisições do hospital antes e após a implantação do Projeto Hospitais Sentinela.

As entrevistas foram realizadas com três profissionais da instituição pesquisada. O primeiro profissional a ser entrevistado foi o Gerente de Risco responsável pela intermediação entre a Anvisa e o hospital. A escolha do Gerente de Risco ocorreu devido à grande importância desse ator no cenário de pesquisa, pois o gerente de risco é responsável pela coordenação da equipe de gerenciamento de risco sanitário hospitalar do serviço de saúde.<sup>18</sup> A entrevista realizada foi a não estruturada e o seu relato foi tomado a termo.

A segunda entrevistada foi a Gerente de Compras da instituição. Foram realizadas para este *stakeholder* a entrevista não estruturada, com o relato tomado a termo, e a semiestruturada, sendo que o seu relato foi o único gravado mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>19</sup>. O uso do referido termo foi necessário para assegurar que toda a informação transmitida só seria utilizada para propósitos de referência durante a fase de análise de dados da pesquisa. O motivo da escolha do Gerente de Compras é pertinente à sua grande importância nos processos de aquisições da instituição.

O terceiro entrevistado foi o Gestor de Contratos do hospital por meio de entrevista não estruturada, sendo o seu relato tomado a termo. O motivo da escolha deste profissional remete-se ao final do processo de pregão, em que o contrato entre a instituição e o fornecedor vencedor do pregão é formalizado.

Realizado o delineamento da pesquisa, a próxima seção expõe a técnica de análise de dados utilizada.

### 3.3 ANÁLISE DE DADOS

Segundo Yin (2005/1984), a análise de dados consiste no exame, na categorização, na classificação em tabelas, no teste ou, do contrário, na recombinação das evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo. A análise das evidências de um estudo de caso constitui uma atividade particularmente difícil, pois cada caso é um caso e não há um roteiro único para se analisar os resultados de um estudo dessa natureza (Yin, 2005/1984; Martins & Theófilo, 2009).

---

<sup>18</sup> A definição do perfil desejado do Gerente de Risco pela Anvisa será descrita no próximo capítulo.

<sup>19</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Apêndice C desta pesquisa.

Utilizou-se nesta pesquisa a técnica de Análise de Conteúdo para o estudo e análise da comunicação de maneira objetiva e sistemática. Nesse tipo de técnica, buscam-se inferências confiáveis de dados e informações relacionadas a determinados contextos, a partir dos discursos escritos ou orais de seus autores e de qualquer forma de comunicação como artigos da imprensa, livros, material divulgado em *sites* institucionais, etc. (Martins & Theófilo, 2009).

No presente caso, a Análise de Conteúdo foi realizada em todos os documentos institucionais pesquisados, nas entrevistas realizadas com profissionais do hospital e nas atas de pregão eletrônico selecionadas conforme descrito na seção de procedimentos de coleta de dados. Desta análise, foram aproveitadas as informações pertinentes às diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela que tivessem relação com o problema da pesquisa, ou seja, com a melhoria do processo das aquisições públicas após a implementação do projeto. Além do levantamento de dados quantitativos das atas de pregão eletrônico contidas no *website* da BEC/SP, foi realizada a análise qualitativa (de conteúdo) para fins de triangulação de informações, ou seja, para a detecção da convergência de diversas fontes de evidências (Martins & Theófilo, 2009).

Segundo Martins e Theófilo (2009, p. 68), “a confiabilidade de um Estudo de Caso poderá ser garantida pela utilização de várias fontes de evidências, sendo que a significância dos achados terá mais qualidade ainda se as técnicas forem distintas”. Esta pesquisa, portanto, visa realizar este feito com o uso de diferentes técnicas de coleta de informações (pesquisa documental e entrevista) que serão confrontadas entre si.

O próximo capítulo mostra os resultados obtidos da pesquisa que serão por fim confrontados com as informações pesquisadas na literatura para a fundamentação da conclusão.



## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo inicia uma apresentação do histórico do Projeto Hospitais Sentinela. Na sequência, são descritos os resultados obtidos da pesquisa documental de registros da Anvisa e do hospital alvo do estudo, da análise das informações contidas no sistema BEC/SP e das entrevistas não estruturadas e semiestruturada, todos estes seguidos de uma análise crítica perante os construtos desta pesquisa.

### 4.1 HISTÓRICO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA

O Projeto Hospitais Sentinela foi implementado em 2002 pela Anvisa, agência reguladora vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em cooperação técnico-financeira com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/Unesco) e com a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE). Para a constituição do projeto, foram convidados hospitais de todos os estados brasileiros, os quais atendiam aos critérios necessários para a formação do aparelho de recursos humanos para a saúde no país, como também para a realização de uma ampla gama de procedimentos médicos de média e alta complexidade (Rabêlo, 2007).

Conforme Rabêlo (2007), a adesão dos hospitais convidados ao Projeto Hospitais Sentinela foi voluntária e formalizada mediante um contrato (Carta Acordo) – situado no escopo do Termo de Referência do Projeto - no qual foram estabelecidos compromissos recíprocos. Segundo Pereira (2009), os grandes hospitais eram, desde o início, um público-alvo preferencial, pois estes consumiam quase que 99% dos produtos da saúde disponíveis no mercado.

Inicialmente foi implantado um projeto piloto (BRA/97/042<sup>20</sup>) com duração de 2002 a 2007 e participação de cerca de 100 hospitais, os quais assumiram compromisso de

---

<sup>20</sup> A descrição do projeto piloto BRA/97/042 encontra-se no sítio eletrônico do PNUD (<http://www.pnud.org.br/Projetos.aspx?id=123>) e no Apêndice D desta pesquisa.

implantar uma Gerência de Risco<sup>21</sup> na instituição, base operacional para sensibilizar e capacitar as equipes hospitalares para o projeto e fomentar a notificação de suspeitas de eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos para saúde (PNUD, 2012; Rabêlo, 2007). Para cada hospital participante do projeto houve um gerente de risco designado pela diretoria para atuar como elemento de ligação com a Anvisa. O gerente é o responsável pela coordenação da equipe de gerenciamento de risco sanitário hospitalar do serviço de saúde (Anvisa, 2012).

Logo a seguir tem-se o Quadro 5 contendo o perfil desejado do gerente de risco, conforme a Agência.

<b>Gerente de Risco Sanitário Hospitalar</b>	
<b>Perfil</b>	
<b>01</b>	Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde;
<b>02</b>	Auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixas técnicas associados aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso <i>in vitro</i> e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde à Anvisa;
<b>03</b>	Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar;
<b>04</b>	Participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar;
<b>05</b>	Coordenar a elaboração e implantação de Planos de Melhoria, produtos do contrato firmado entre a Anvisa e hospitais sentinela.

**Quadro 5. Perfil desejado do gerente de risco dos hospitais da Rede Sentinela**

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2012).

A implantação do Projeto Hospitais Sentinela ocorreu na mesma época em que se observou o surgimento de inúmeros problemas ocasionados pela implantação da inovação tecnológica como: falta de planejamento local para sua incorporação, baixa qualidade, pouca capacitação e competência técnico-científica dos profissionais, uso indevido, descompasso

<sup>21</sup> A Gerência de Risco é multiprofissional, reúne farmacêuticos, engenheiros e técnicos, enfermeiros, médicos e demais profissionais envolvidos com a vigilância de medicamentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos, saneantes, sangue e seus derivados. (Anvisa, 2012).

com a evolução do serviço de manutenção local e custos elevados, que impactaram severamente as organizações hospitalares (Kuwabara, Évora & Oliveira, 2010).

Quanto às aquisições públicas, anteriormente à implantação do Projeto Hospitais Sentinela, produtos com defeito ou má qualidade costumavam ser descartados, ao invés de serem devolvidos aos fornecedores. Além disso, equipamentos de alto custo (tomógrafos, por exemplo) que não funcionavam eram postos ao desuso, pois os gestores de compras não incluíam no processo de compra o serviço de treinamento ao funcionário (Pereira, 2009).

Segundo Pereira (2009), o grande problema no início do projeto foi a mobilização de recursos financeiros e humanos para a implantação de uma gerência de risco em estruturas hospitalares muito deficientes (com falta de computadores, por exemplo). Ou seja, a adesão dos hospitais ao projeto não envolvia um simples aceite da Carta Acordo. Eles tinham que, dentro de seu quadro deficiente de recursos humanos e materiais, criar uma gerência de risco e indicar um funcionário para ser o novo interlocutor com a Anvisa. E, conforme o projeto ia crescendo, outros problemas iam surgindo. A indicação de funcionário para assumir o posto de gerente de risco muitas vezes recaía sobre uma pessoa desmotivada, desqualificada em relação às novas tecnologias, sem muito compromisso com o trabalho. E isso se comprovava pelo “analfabetismo digital” da maioria dos gerentes de risco designados, ou seja, estes não sabiam operacionalizar sistemas com o uso de ferramentas básicas, tais como a Internet, ou aplicativos elementares, como Word, Excel. Além disso, muitos hospitais não dispunham de um número suficiente de computadores para uso dos gerentes de risco. A Anvisa logo previu a necessidade de criar alternativas para motivá-los e uma das formas encontradas foi o oferecimento de educação continuada (Pereira, 2009).

Conforme Pereira (2009), a necessidade de mão-de-obra especializada em gerenciamento de risco nos hospitais demandou providências por parte da Anvisa, que trouxe uma equipe de consultores do Canadá para dar treinamento, uma vez que o Brasil não dispunha de um quantitativo de pessoas qualificadas em técnica de vigilância, uso racional de medicamentos e outros.

Outro tipo de ajuda surgiu na forma de pecúlio e foi fundamental para o fortalecimento do elo da Anvisa com os hospitais participantes do projeto. O montante no valor de R\$ 6.000.000,00 exerceu o papel de intermediário, traduzindo os interesses da Anvisa, que buscava uma performance de excelência, e dos hospitais, com estrutura bastante deficitária, necessitando melhorar seus resultados gerenciais. Tratava-se de uma verba pequena, mas que era suficiente para a compra de materiais administrativos para o hospital como computadores, fax, papel e outros. Considerando-se que cerca de cem hospitais,

públicos ou privados, inicialmente convidados aceitassem o convite, o que de fato ocorreu, caberia em torno de R\$ 50.000,00/ano para cada um, pois estava previamente destinado R\$ 1.000.000,00 para o custeio da gestão do próprio projeto (Pereira, 2009).

Conforme Rabêlo (2007), durante a vigência do contrato (Carta Acordo), os hospitais fizeram jus ao valor de R\$ 50.000,00/ano, dividido em cinco parcelas.

O repasse do dinheiro aos hospitais também necessitou de uma estratégia da Agência. Se a Anvisa transferisse o dinheiro para os hospitais, via Secretarias de Estado, dificilmente este chegaria ao fim para o qual fora destinado. Uma alternativa que se mostrou inteligente, apesar de trabalhosa, foi a ideia de se fazer a intermediação da verba via Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD então se configurou como intermediário no processo de custeio do projeto, imbuído de traduções coletivas entre as Nações Unidas, a Anvisa e os Hospitais. Houve dessa maneira a determinação de que, por meio de múltiplas cartas-acordo, o repasse de dinheiro direto aos hospitais seria realizado mediante contra-apresentação de produtos, previstos em termo de referência específico e assim definidos: implantação das gerências de risco, relatórios de divulgação, notificação de eventos adversos, planos de melhoria<sup>22</sup>, plano de uso racional de medicamentos. Logo, o hospital só receberia a verba em função do cumprimento de cláusulas estipuladas no termo de referência. A intermediação via PNUD foi de difícil implementação, pois exigia a aprovação de outros órgãos, como o Ministério das Relações Exteriores, mas apresentava a vantagem da segurança. E como a verba ficaria reservada por cinco anos, reduziam-se as incertezas relacionadas à mudança de governo (Pereira, 2009).

Em relação à reclamação dos produtos de saúde realizada pela população (Ouvitoria), tal canal de comunicação mostrava-se ineficiente devido à falta de conhecimento técnico do cidadão usuário do serviço para a prestação de informações quanto à qualidade técnica do produto. Nesse sentido, várias soluções foram aventadas, até surgir a ideia de criação de uma rede compartilhada de informações entre os hospitais, por meio das gerências de risco (Pereira, 2009).

A referida ideia motivou a implantação de um sistema de notificação de eventos atualizado e integrado que serviu de base estratégica para a vigilância sanitária nos hospitais. Segundo Rabêlo (2007), o Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos relacionados a Produtos para a Saúde (Sineps) foi implantado em 2003 e interligou a Rede

---

<sup>22</sup> O modelo de relatório do Plano de Melhoria encontra-se no sítio eletrônico da Anvisa ([http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinel/gerente\\_risco.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinel/gerente_risco.htm)) e no Apêndice B desta pesquisa.

Sentinela à Anvisa para cadastramento e envio de notificações de eventos adversos e queixas técnicas à Agência.

O sistema Sineps tinha a função de receber notificações da Rede Sentinela por meio eletrônico e de proceder à auditoria, investigação e resolução dos casos notificados de forma compartilhada e em tempo real com as vigilâncias sanitárias locais. Foi nesse momento que um desvio teve que ser buscado, em virtude de nem todos os sistemas de informática da Anvisa serem amigáveis. E tal situação evidenciava-se na medida em que os servidores iam buscando informações em sistemas paralelos, para ter acesso ao “prontuário do produto”. Assim, o desvio consistiu em trabalhar um sistema próprio para o Projeto Hospitais Sentinela e, posteriormente, buscar a sua padronização (Pereira, 2009).

A segunda fase do projeto surgiu com o BRA/04/010<sup>23</sup>, que constituiu a ampliação e consolidação da experiência piloto desenvolvida no âmbito do Projeto BRA/97/042, que a Anvisa manteve com o PNUD. O Projeto BRA/04/010 iniciou-se em 2004 e encerrou-se em junho de 2012 (Anvisa, 2004; 2012).

O Projeto BRA/04/010 previa papéis e responsabilidades pactuadas e compartilhadas entre os *stakeholders* envolvidos no referido projeto, a saber: hospitais, Ministério da Saúde, Anvisa e Vigilâncias Sanitárias (VISAs) estaduais e municipais (Anvisa, 2004).

Foi durante a execução do Projeto BRA/04/010 que a Anvisa colocou em funcionamento o sistema “NOTIVISA” (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária) em dezembro de 2006. Tal sistema surgiu para rastrear e identificar problemas de qualidade e de segurança em medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, kits de laboratório, saneantes, sangue e seus componentes, entre outros, sob a responsabilidade da Agência. As notificações representam os registros dessas ocorrências e tais são realizados pelo gerente de risco e demais profissionais de saúde à Anvisa. Este novo sistema de informação substituiu o Sineps e apresenta três diferenças básicas em relação a ele: 1) maior sensibilidade em relação às categorias de produtos notificáveis; 2) a possibilidade de cadastro e envio de notificações por profissionais de saúde e instituições fora da Rede Sentinela; 3) seu desenvolvimento se deu em plataforma web (ou seja, está disponível *on line* na página eletrônica da Anvisa) (Rabêlo, 2007).

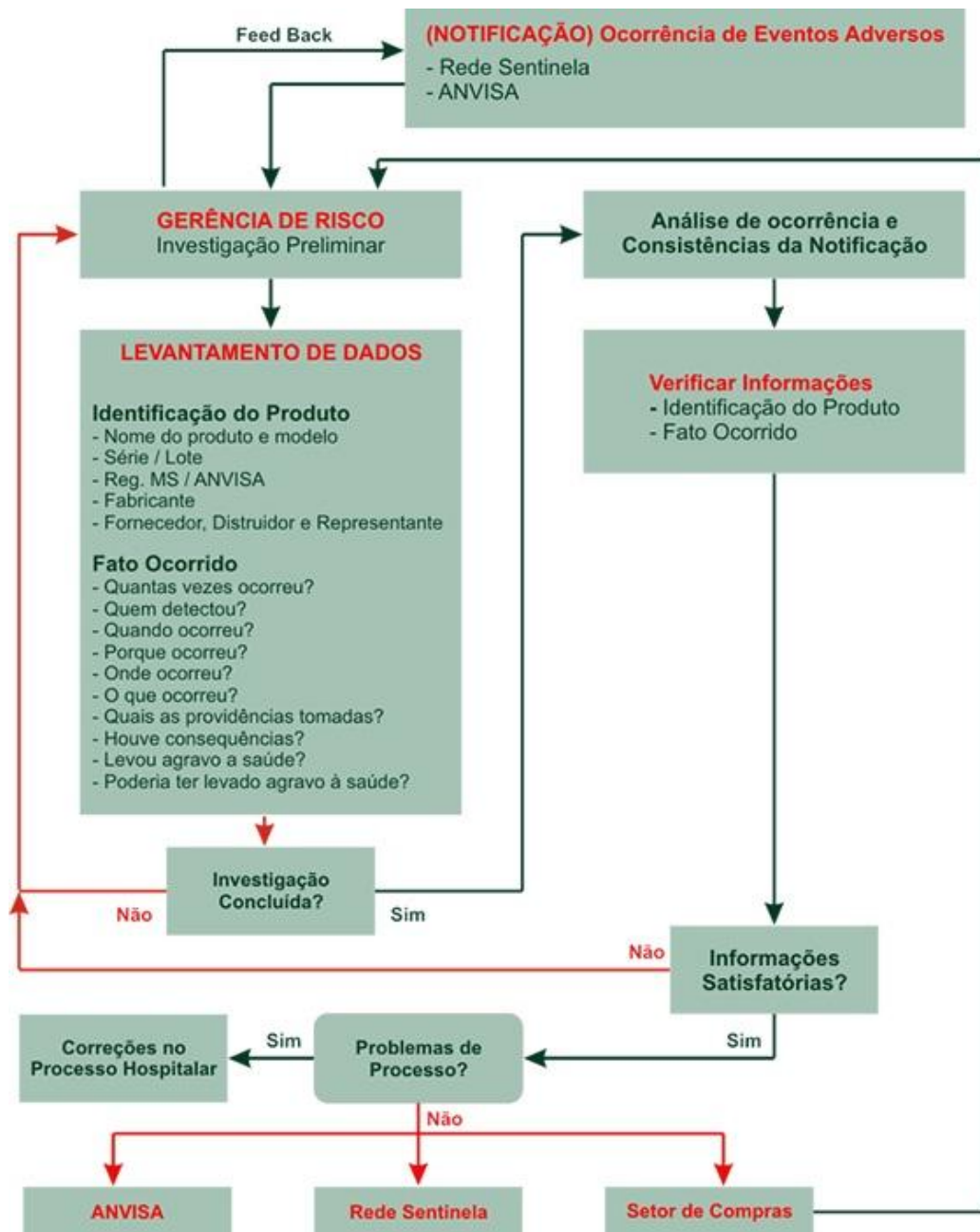
A implantação do NOTIVISA unida à capacitação das equipes dos hospitais-alvo do projeto contribuiu para a geração de informações estatísticas (banco de dados) promovendo

---

<sup>23</sup> A descrição do projeto piloto BRA 04/010 encontra-se no sítio eletrônico do PNUD (<http://www.pnud.org.br/Projetos.aspx?BRANUM=BRA04010>) e no Apêndice E desta pesquisa.

desta forma a regulação do mercado pela Anvisa e garantindo a aquisição de produtos de melhor qualidade e segurança para pacientes e profissionais de saúde (Rabêlo, 2007).

A Figura 4 ilustra o processo de notificação de eventos adversos envolvendo a Rede Sentinela, a gerência de risco, a Anvisa e o Setor de Compras.



**Figura 4. Processo de notificação de eventos adversos na Rede Sentinela**

**Nota.** Fonte: Adaptado do fluxograma contido no sítio eletrônico do Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio<sup>24</sup> (2012).

<sup>24</sup> O fluxograma encontra-se no endereço <http://www.hospitaltatuape.com.br/servicos/Grsh.aspx>, recuperado em 27, julho, 2012.

O projeto BRA/04/010 teve por objetivo criar condições para fortalecer, ampliar e consolidar uma rede de Serviços de Saúde Sentinela de modo a favorecer as ações de Vigilância Sanitária de serviços e produtos de saúde pós-comercialização, contribuindo para melhoria da qualidade da atenção à saúde da população (Anvisa, 2004).

O principal pilar do projeto consistiu na implantação do gerenciamento dos riscos pertinentes às três grandes áreas do ambiente hospitalar – Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e a uma área menor, a de Saneantes (produtos de limpeza de uso hospitalar). Na Tecnovigilância estão envolvidos equipamentos, como tomógrafos e aparelhos de raio-X, e artigos médicos, como seringas e agulhas. A notificação de problemas com produtos de saúde tem a finalidade de trazer informações à Anvisa a respeito do desempenho deles no dia-a-dia, ou seja, nos hospitais e serviços de saúde. Tais dados são confrontados com aqueles declarados pelo fabricante no processo de registro desses produtos. Características como resistência e durabilidade podem ser, na prática, diferentes do que estão registradas na Agência quando o produto é submetido ao teste do uso diário (Anvisa, 2002).

A Farmacovigilância compreende notificações e a análise de queixas técnicas apresentadas sobre os produtos farmacêuticos e também de reações adversas não previstas em pacientes relacionadas a medicamentos. Conforme a Anvisa (2002), no Brasil as falhas mais comuns encontradas em medicamentos são ampolas vazias (sem o remédio), corpos estranhos em vidros e ampolas, entre outras.

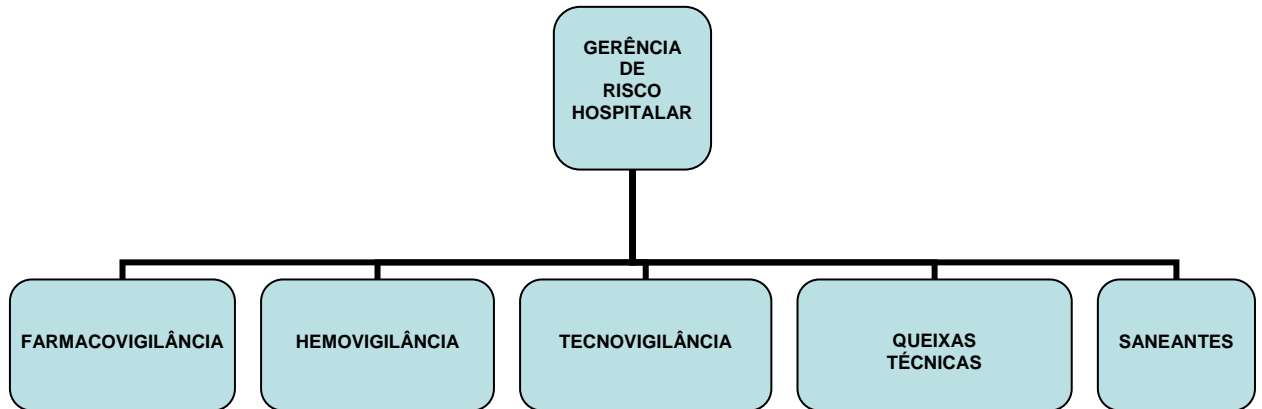
Já a Hemovigilância consiste na monitoração de reações adversas envolvendo sangue e seus derivados. A segurança destes produtos reflete a qualidade que deve existir em todo o ciclo do sangue desde os processos de captação do doador, fracionamento, armazenamento até a aplicação no receptor (Anvisa, 2002).

Por fim, na área dos Saneantes são verificadas informações sobre a aplicação dos materiais de limpeza. Para a vigilância dos saneantes é essencial a ação conjunta das gerências de Risco e das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar nos serviços de Higiene e Limpeza, que na maioria dos hospitais são terceirizados. Segundo a Anvisa (2002), nem sempre essas empresas dominam os procedimentos de controle de infecção.

Logo, pode-se afirmar que o Projeto Hospitais Sentinela, no âmbito do gerenciamento de risco em projetos, inovou com a adoção de técnicas de planejamento, identificação e análise de riscos, possibilitando, aos gerentes de risco e equipe dos hospitais-alvo, o desenvolvimento de estratégias de resposta aos riscos, bem como o seu monitoramento

e controle por meio das notificações. Tal gerenciamento pressupõe a possibilidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados ao público-alvo dos hospitais.

A Figura 5 ilustra o pilar do gerenciamento de risco hospitalar e as cinco principais áreas de atenção no ambiente hospitalar.



**Figura 5. Gerência de Risco Hospitalar e as principais áreas de atenção no ambiente hospitalar**

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2012).

O aceite dos hospitais na Rede Sentinela, segundo Pereira (2009), associou-se não apenas à possibilidade de redução dos riscos no ambiente hospitalar, mas principalmente aos benefícios que o projeto poderia promover. E tais benefícios estavam muito relacionados à economia de recursos. Logo, embora o projeto não tenha apresentado em seu início indicadores de qualidade nas aquisições de produtos e redução de custos, significou uma importante estratégia visando a mudança de uma antiga cultura gerencial no setor de saúde. E tal estratégia significava ganhos para os *stakeholders* principais do processo: Anvisa, hospitais, fornecedores e população.

O Quadro 6 define os objetivos, funções e justificativa das ações de cada *stakeholder*, conforme a problematização proposta por Pereira (2009), no processo de gerenciamento de risco hospitalar.



<b>Processo de Gerenciamento de Risco – Projeto Hospitais Sentinela</b>			
<b>Ator político</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Funções no processo</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Anvisa</b>	Proteger e promover a saúde da população com a definição de estratégias para a diminuição dos riscos no ambiente hospitalar, garantindo dessa forma a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde.	Construir uma estrutura necessária para a implementação do Projeto Hospitais Sentinela visando não apenas ações de fiscalização da performance dos produtos pós-registro, mas também a criação de uma rede de compartilhamento de informações e dúvidas entre os hospitais, principais usuários dos produtos.	O risco situava-se no “quando” e no “o que notificar”, pois as informações dos hospitais sobre a qualidade e a quantidade do fato e da incidência do agravo eram poucas e imprecisas.
<b>Hospitais</b>	Aquisição de produtos de qualidade e segurança e que não onerem a máquina pública. Implantação de um quadro técnico que viabilize operações de otimização dos recursos.	Alimentar a base de dados do Notivisa com as suas notificações. Agregar processos de vigilância sanitária em sua prática diária. Qualificar o gerenciamento de tecnologias em saúde e servir de campo de estudo em situações especiais.	Insuficiência de recursos e necessidade de aquisições de maior qualidade e segurança para os pacientes.
<b>Fornecedores</b>	Obtenção de lucros no longo prazo, sem a necessidade de aumento nos seus custos de produção.	Em função da competitividade de mercado, os fornecedores não se preocupam muito em revelar os problemas dos seus produtos, pois a retirada deles do mercado significaria num primeiro momento um prejuízo para a empresa. Mas em virtude da implantação de uma nova cultura de regulação pela Agência, os processos de compras e o acompanhamento da performance dos produtos tendem a ficar mais rigorosos. Tratava-se de um novo modelo de gestão que fomentaria inovações de processo ou de produto nas empresas.	Apresentar maior competitividade no mercado com o oferecimento de produtos de qualidade de preços mais acessíveis aos compradores públicos.
<b>Sociedade</b>	Recuperação de seus males e garantia de uma vida saudável.	Principal ator do processo, pois as suas reações adversas a medicamentos e outros produtos/serviços de saúde constituem a informação necessária para a atuação conjunta dos três atores anteriores.	Usufruir produtos com a perspectiva de melhor recuperação da saúde, sem correr o risco de contrair sequelas e até mesmo de morrer.

**Quadro 6. Objetivos, funções e justificativa das ações de cada stakeholder no processo de gerenciamento de risco hospitalar**

**Nota.** Fonte: Adaptado de Pereira, J. B. (2009). *A dinâmica da disseminação de inovações nos serviços públicos: estudo de iniciativas premiadas pelo concurso da ENAP* (pp. 80-81). Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

A próxima seção aborda as características das aquisições da instituição pesquisada antes da implantação do Projeto Hospitais Sentinela pela Anvisa.

#### 4.2 AQUISIÇÕES NA INSTITUIÇÃO ANTES DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA: MENOR PREÇO E MAIOR DESPERDÍCIO

Antes da criação do Projeto Hospitais Sentinela pela Anvisa, as aquisições de produtos e serviços de saúde nas instituições públicas significavam muitas vezes riscos à saúde da população, além de desperdício de recursos públicos investidos no setor.

Conforme Piovesan (2002), um aspecto crítico em Vigilância Sanitária consiste na assimetria de informação, ou seja, na impossibilidade de as pessoas terem à sua disposição todas as informações necessárias para a orientação de suas escolhas de consumo. Isso equivale a dizer que os produtores e fornecedores dispõem de informações sobre produtos e serviços que a população não possui, dando abertura ao comportamento oportunista desses agentes. Dessa forma, conforme o autor, caberia ao órgão regulador (Anvisa) analisar tais informações e avaliar se elas representam ou não risco à saúde humana.

No aspecto tocante ao desperdício de recursos públicos, o Gerente de Risco, pertencente à Equipe Sentinela do hospital pesquisado, relatou que anteriormente ao projeto, os produtos adquiridos pelo hospital com problemas de qualidade e/ou defeito costumavam ser descartados e não havia a preocupação de troca desses produtos com o fornecedor. Tal constatação corrobora com a pesquisa de Pereira (2009) e evidencia a validade da afirmação de Costa (1995 como citado em Batista, 2006) de que as organizações não costumavam dar muita importância para a qualidade da sua gerência de compras/materiais.

Outra informação importante em relação às aquisições do hospital pesquisado realizadas anteriormente ao Projeto Hospitais Sentinela é dada pela Gerente de Compras do hospital. Segundo ela, o contato da equipe de compras com a equipe do hospital era reduzido anteriormente à implantação do projeto. Isso quer dizer que as decisões tomadas pela equipe de compras nos processos de aquisições de produtos/serviços de saúde eram pouco subsidiadas pela equipe do hospital, possibilitando a assimetria de informação e, conseqüentemente, o oportunismo dos licitantes (fornecedores interessados em contratar com o hospital). Portanto, infere-se do relato da Gerente de Compras que os processos de compra

do hospital estavam mais vinculados ao quesito “menor preço” do que ao quesito “qualidade”, pois a grande consequência dessas aquisições, na época, foi o desperdício relatado pelo Gerente de Risco, embora o agente comprador tenha atendido à Lei de Licitações. E tal situação ocorreu devido à ação oportunista dos licitantes, pois estes na época dispunham de informações sobre produtos e serviços que a equipe de compras não possuía. Uma evidência da prática oportunista do fornecedor citada pelo Gerente de Risco foi o problema do cateter, em que o hospital recebeu tal produto com vários desvios de qualidade. Nesse sentido, percebe-se que anteriormente à implantação do Projeto Hospitais Sentinela não existiam ações de gerenciamento de risco no hospital com vistas à melhoria dos processos de aquisições de produtos e serviços de saúde uma vez que, conforme Kuwabara, Évora e Oliveira (2010), o conceito de gerenciamento de risco foi introduzido no Brasil na área de saúde hospitalar pela Anvisa em 2001 e implementado pela agência em 2002 com o projeto BRA/97/042.

Convém observar que o entendimento de Paulus (2005) a respeito da abrangência do processo de aquisições extrapola o departamento de compras, ou seja, que tal processo deve envolver não somente o setor de compras, mas também os demais departamentos da organização, a começar pelo setor usuário do bem ou serviço a ser adquirido. Nesse sentido entende-se que, devido ao contato mínimo da equipe de compras com a equipe do hospital referente às aquisições, houve margem às práticas oportunistas dos fornecedores de produtos e serviços de saúde. Portanto, as aquisições de produtos de má qualidade feitas pelo hospital antes da implantação do projeto podem estar associadas ao comportamento oportunista dos fornecedores devido à falta de informações técnicas que a equipe de compras possuía na época durante o processo licitatório.

Em suma, conforme o relato dos entrevistados, quanto às aquisições de produtos e serviços de saúde realizadas pelo hospital anteriormente ao Projeto Hospitais Sentinela, podem ser evidenciadas as seguintes situações:

a) Os produtos e serviços de saúde eram adquiridos pelo hospital com base na Lei de Licitações (“menor preço”), mas com pouco subsídio de informações à equipe de compras a respeito da qualidade dos produtos recebidos dos fornecedores pela equipe hospitalar;

b) O desperdício ocorria devido às ações oportunistas dos fornecedores, que entregavam produtos de má qualidade no hospital. Devido à ausência de um gerenciamento de risco no ambiente hospitalar, os fornecedores não eram contatados para a troca desses produtos e esses continuavam a ser adquiridos pelo hospital devido à assimetria de informações existente entre fornecedor, equipe de compras e equipe hospitalar.

Na sequência, será abordada a fase de implementação do Projeto Hospitais Sentinela no hospital alvo da pesquisa.

#### 4.3 FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA: GERENCIAMENTO DE RISCO

A fase de implementação do Projeto Hospitais Sentinela nos hospitais participantes iniciou-se com o projeto piloto BRA/97/042 nos anos de 2002 e 2003.

Conforme o Plano do Projeto Hospitais Sentinela da Anvisa, há a descrição dos principais benefícios previstos do projeto, dentre eles: o surgimento de um mercado de produtos mais seguros, eficazes e competitivos, abrindo maiores oportunidades de negócio para as empresas investidoras em qualidade e melhoria de processos; pacientes e profissionais de saúde possuindo acesso a produtos mais seguros e eficazes; organização de processos de compra mais racionais e sem desperdícios pelos serviços de saúde. Nesse sentido, o plano do projeto já fazia uma previsão da ocorrência de melhorias nos processos de aquisição e, consequentemente, de benefícios aos principais *stakeholders* no setor de saúde. Mas para que tudo isso pudesse ocorrer, era necessário o aceite da participação de alguns hospitais convidados no projeto piloto da Anvisa.

Após o aceite de participação de cerca de cem hospitais distribuídos no território nacional, dentre públicos e privados, foi iniciado no ano de 2002 o projeto piloto BRA/97/042. Tal projeto introduziu o gerenciamento de risco nos hospitais ao fornecer: a) recursos destinados à aquisição de computadores e móveis de escritório para a sala da Gerência de Risco; b) pagamento de “pró-labore” aos profissionais e bolsistas participantes do projeto; c) formação dos gerentes de risco nos hospitais mediante capacitação das gerências de risco e das equipes hospitalares em Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância (Anvisa, 2007). Além desses, os hospitais participantes do projeto deveriam apresentar “produtos” como o desenvolvimento de um Plano de Melhorias para problemas existentes no ambiente hospitalar e o envio de notificações de eventos adversos (Anvisa, 2007; Pereira, 2009).

Em relação às notificações, o projeto piloto BRA/97/042 foi responsável pela criação e implantação em 2003 de um sistema de informação (Sineps) para que a Anvisa pudesse

receber e trabalhar as notificações enviadas pelos hospitais participantes do projeto. O Sineps era composto de quatro subsistemas: Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Queixas técnicas de medicamentos. Devido a dificuldades técnicas do sistema, o projeto BRA/04/010 (iniciado em 2004) criou e implantou um novo sistema de notificação de eventos adversos chamado “NOTIVISA” (Anvisa, 2007).

Em suma, todas as ações do Projeto Hospitais Sentinela (recursos financeiros, capacitação e treinamento das gerências de risco e equipes hospitalares, planos de melhoria e a implantação de sistema de notificação de eventos adversos) representaram o início da implementação do gerenciamento de risco nos hospitais participantes do projeto.

Conforme utilização dos documentos institucionais da Anvisa e consulta à literatura sobre Gestão do Risco, foi elaborado o Quadro 7 com as principais ações destinadas à introdução do Gerenciamento de Risco pelo Projeto Hospitais Sentinela.

<b>Gerenciamento de Risco introduzido nos hospitais por meio do Projeto Piloto BRA/97/042</b>	
<b>Principais Ações</b>	
<b>Identificação do ambiente interno organizacional</b>	Cerca de cem hospitais de médio a grande porte, distribuídos no território nacional com destaque para públicos e de ensino.
<b>Definição de objetivos estratégicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer recursos para a criação da Gerência de Risco nos hospitais participantes do Projeto;</li> <li>- Capacitar os Gerentes de Risco e equipes dos hospitais;</li> <li>- Implantar um sistema informatizado para a notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde; insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso nos serviços de saúde;</li> <li>- Motivar a implementação de Planos de Melhoria no ambiente hospitalar visando um melhor gerenciamento dos insumos de saúde.</li> </ul>
<b>Identificação dos riscos</b>	Reações adversas dos pacientes a medicamentos e a outros produtos/serviços de saúde; eventos adversos por desvio de qualidade de produtos/serviços de saúde; eventos adversos decorrentes do uso não aprovado de produtos de saúde; interações medicamentosas; inefetividade terapêutica, total ou parcial; intoxicações relacionadas a medicamentos; uso abusivo de produtos de saúde; erros de medicação, potenciais e reais; produtos com aparente perda de qualidade; validade do registro do produto na Anvisa/MS.
<b>Análise dos riscos</b>	A análise de riscos é feita mediante avaliação detalhada dos riscos detectados no ambiente hospitalar. Trata-se do processo de “busca ativa”, em que é feito um rastreamento da queixa para a averiguação de suas verdadeiras causas (ou seja, se o problema foi proveniente da falta de domínio técnico do profissional durante o uso do produto/serviço de saúde ou se o problema de fato é do produto).
<b>Avaliação dos riscos</b>	A Gerência de Risco e equipe hospitalar devem ser capazes de receber, codificar e avaliar a gravidade e a expectativa das reações adversas e/ou problemas de qualidade nos produtos/serviços de saúde.
<b>Resposta aos riscos</b>	A Gerência de Risco deve tomar providências conforme a demanda do caso, controlando ou eliminando o risco de exposição de pacientes e profissionais de saúde a estes produtos, enquanto as investigações mais aprofundadas são levadas à frente pelos órgãos competentes (Anvisa e VISAs).
<b>Controle das atividades</b>	A Gerência de Risco deve estimular a equipe hospitalar a notificar os eventos, auxiliar os profissionais de saúde prestando informações, propor investigações complementares, quando necessário ou solicitado, bem como cooperar com as consultas restritas e solicitações do SNVS.
<b>Informação e comunicação</b>	A troca de informações relevantes entre equipe hospitalar, Gerência de Risco e setor de compras do hospital é fundamental para um melhor controle de riscos e danos à saúde dos pacientes.
<b>Monitoramento</b>	A Gerência de Risco deve atuar preventivamente por meio da implementação de Planos de Melhoria no ambiente hospitalar em interface com as seguintes áreas: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; Farmácia Hospitalar; Engenharia Clínica/Manutenção; Comissões de Padronização de Materiais & Medicamentos; Comissões de Compras/Licitações; Comissões de Prontuários/Óbitos.

**Quadro 7. Principais ações do Gerenciamento de Risco introduzido nos hospitais por meio do Projeto Piloto BRA/97/042**

Fonte: Elaborado pela autora com base em Anvisa (2007; 2010), documento institucional do hospital pesquisado, Kerzner (2009) e Hopkin (2010).

Inferre-se do quadro anterior que grande parte das ações de Gerenciamento do Risco devem ser comandadas pelo Gerente de Risco do hospital e algumas em parceria com a equipe hospitalar e com a equipe de compras. Portanto, para a viabilidade do Projeto Hospitais Sentinela, foi imprescindível o repasse de recursos e a capacitação dos gerentes de risco e equipes.

A realização da entrevista com o Gerente de Risco do hospital alvo da pesquisa ocorreu numa sala específica do prédio hospitalar e nesta sala havia recursos como mesas, armários, cadeiras, computadores e datashow. Portanto, observou-se que em decorrência do Projeto Hospitais Sentinela, foi estruturado um ambiente básico de trabalho para o gerente de risco e equipe atuarem no processo de gerenciamento de risco hospitalar, ou seja, para a capacitação e treinamento das equipes hospitalares, para a notificação de eventos adversos, para a elaboração dos planos de melhoria e demais outras ações.

Conforme relato do Gerente de Risco, o Projeto Hospitais Sentinela iniciou-se na instituição pesquisada no ano de 2002. O entrevistado fez uma breve apresentação do projeto e, nela, constatou-se que muitas ações do projeto estavam sendo concretizadas na instituição. Exemplos dessas ações são: a) realização do processo de “busca ativa” dos problemas relacionados a eventos adversos e à má qualidade de produtos/serviços de saúde no ambiente hospitalar; b) envio de notificações de problemas com produto de saúde à Anvisa; c) realização de capacitações da gerência de risco e equipe; d) ações de respostas aos riscos no ambiente hospitalar; e) implementação dos planos de melhoria no hospital.

Em relação à composição da Equipe Sentinela no hospital, segundo o entrevistado ela é multidisciplinar, ou seja, os grupos de trabalho contêm profissionais de várias áreas (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, engenheiros, etc.) e estes são subordinados ao gerente de risco. A estrutura organizacional da Equipe Sentinela é funcional (tradicional), ou seja, todas as decisões tomadas pelo gerente de risco precisam ser informadas a um médico diretor do hospital, para que este dê um parecer positivo ou negativo e, caso a notificação do problema ou risco seja pertinente, ela é registrada no sistema NOTIVISA para conhecimento da Anvisa.

Logo, percebe-se do relato do Gerente de Risco que a implementação do gerenciamento de risco no hospital pesquisado promoveu a estruturação de uma equipe destinada a identificar, analisar e responder aos riscos advindos de eventos adversos ocorridos no ambiente hospitalar. Nesse sentido, as áreas envolvidas (Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar) necessitam da atuação de profissionais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores,

engenheiros e outros que tenham um conhecimento técnico específico para cada área. Outro aspecto importante remete-se ao processo de tomada de decisão, que segue um modelo hierárquico funcional *top down* (do nível superior para o inferior). Nesse caso, os profissionais de saúde, antes de notificar as ocorrências à Anvisa, devem comunicar o fato ao gerente de risco e este deve repassar a informação ao médico diretor do hospital para validar ou não a decisão.

Observou-se, portanto, que o gerenciamento de risco introduzido na instituição pesquisada com o Projeto Hospitais Sentinela foi de extrema importância para a mobilização de novas ações por parte da Gerência de Risco e equipe do hospital visando a minimização dos riscos. Dentre essas ações, destacam-se os processos de identificação e análise dos riscos (principalmente com a “busca ativa”), o controle das atividades a partir das notificações dos eventos adversos ocorridos que, conforme o Gerente de Risco, foram realizadas em sua grande maioria por enfermeiros e a implementação dos Planos de Melhoria no hospital. Mas a introdução do gerenciamento de risco também produziu efeitos nos processos de aquisição da instituição, conforme será visto na próxima seção.

#### 4.4 MELHORIAS NAS AQUISIÇÕES PÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA

Após a implementação do Projeto Piloto BRA/97/042, foi iniciado em 2004 o Projeto BRA/04/010 para a continuidade das ações de implementação das Gerências de Risco e de divulgação das atividades da Gerência de Risco nos hospitais. A Portaria nº 1693 da Anvisa<sup>25</sup>, publicada em 9 de novembro de 2011 no Diário Oficial da União tornou pública a composição da Rede Sentinela e, em junho de 2012, o Projeto BRA/04/010 foi encerrado (Anvisa, 2007; 2012).

Na época da implementação do Projeto Piloto BRA/97/042 já existia o processo de pregão, que foi instituído pela Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Mas o pregão na forma eletrônica foi instituído no decorrer do Projeto BRA/04/010, por meio do Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005. Especificamente na instituição pesquisada, os primeiros registros de realização de pregão eletrônico datam de julho de 2008.

---

<sup>25</sup> A Portaria nº 1693 da Anvisa encontra-se no Apêndice F desta pesquisa.



Conforme a Gerente de Compras, no momento da introdução do pregão na instituição, os profissionais de saúde passaram a participar das sessões públicas para avaliar os produtos. Mas o contato da equipe de compras com a equipe do hospital passou a aumentar com o início das notificações da Equipe Sentinela à Anvisa.

A respeito da participação da Equipe Sentinela no processo de compras, segundo a Gerente de Compras, desde a introdução do Projeto Hospitais Sentinela a equipe de compras busca trabalhar em conjunto com eles. Sobre as especificações de produtos e serviços nos editais de pregão da instituição, há uma comissão de padronização no setor de compras responsável pela especificação técnica de produtos e serviços a serem adquiridos. De acordo com a Gerente de Compras, tal comissão realiza periodicamente revisões das especificações conforme a evolução dos produtos/serviços no mercado e conforme as exigências dos profissionais de saúde. Quanto à elaboração dos editais de licitação para a aquisição de produtos e serviços para o hospital, a entrevistada afirmou não ter havido grandes mudanças com a implantação do projeto, pois se trata de uma função da comissão de padronização do setor de compras.

A entrevistada também salientou que o sucesso de uma licitação consiste numa especificação adequada do material a ser comprado. Logo, infere-se desse depoimento que uma estratégia necessária da comissão de padronização para minimizar o oportunismo *ex ante* do fornecedor consiste na elaboração de editais de licitação mais completos e adequados, ou seja, com uma especificação coerente com os produtos/serviços oferecidos no mercado.

De acordo com o Gerente de Risco, o sistema atual de compras de produtos (aquisições) utilizado pela instituição é a Bolsa Eletrônica de Compras (BEC/SP) na modalidade de pregão eletrônico.

Para fins de triangulação de informações obtidas na pesquisa documental e nas entrevistas, foram coletadas no *website* da BEC/SP ([www.bec.sp.gov.br](http://www.bec.sp.gov.br)) informações quantitativas e qualitativas sobre vários aspectos dos pregões eletrônicos realizados para produtos Sentinela no período de julho/2008 a dezembro/2012. Ou seja, a análise de informações no sistema BEC/SP foi necessária para averiguação das informações obtidas pelos documentos institucionais da Anvisa e pelas entrevistas. Nesse sentido, caso haja convergência de resultados provenientes de diferentes fontes, pode-se conferir à pesquisa um maior grau de confiabilidade e, conseqüentemente, uma melhor compreensão de um dado fenômeno.

Foram selecionadas 912 atas de pregão<sup>26</sup> para a pesquisa e a escolha das principais variáveis analisadas em cada ata levou em consideração a relação destas com a literatura descrita no referencial teórico, com as entrevistas e com a pesquisa documental feita no material concedido pela Anvisa. Foram identificadas nove variáveis nas atas de pregão eletrônico selecionadas, mas para a análise qualitativa foram escolhidas apenas cinco: número de pregões realizados, total de itens de compra, total de fornecedores participantes, exigência de amostra e fornecedores desclassificados por motivo de qualidade. O motivo da escolha das cinco variáveis refere-se à sua relação com as ações decorrentes do Projeto Hospitais Sentinela (“busca ativa” dos problemas relacionados a eventos adversos e à má qualidade de produtos/serviços de saúde, notificações dos problemas à Anvisa, capacitações da gerência de risco e equipe hospitalar, respostas aos riscos, planos de melhoria do hospital).

A Tabela 1 a seguir mostra a evolução quantitativa de cada variável no período considerado.

Tabela 1

**Evolução quantitativa das variáveis qualitativas dos pregões eletrônicos realizados para os produtos Sentinela**

Anos	Nº Pregões realizados para produtos/ serviços Sentinela	Total de itens de compra	Total de fornecedores participantes	Total de pregões que exigiram amostra	Total de fornecedores desclassificados		Total de negociações	Total de fornecedores habilitados	Total de Recursos impetrados
					Por motivos de qualidade	Por outros motivos			
2008	46	183	164	0	10	30	167	57	5
2009	44	122	221	0	10	38	172	50	4
2010	45	129	134	1	5	30	277	43	1
2011	333	899	1546	33	119	329	1284	360	28
2012	444	1121	1831	42	140	326	1716	424	24

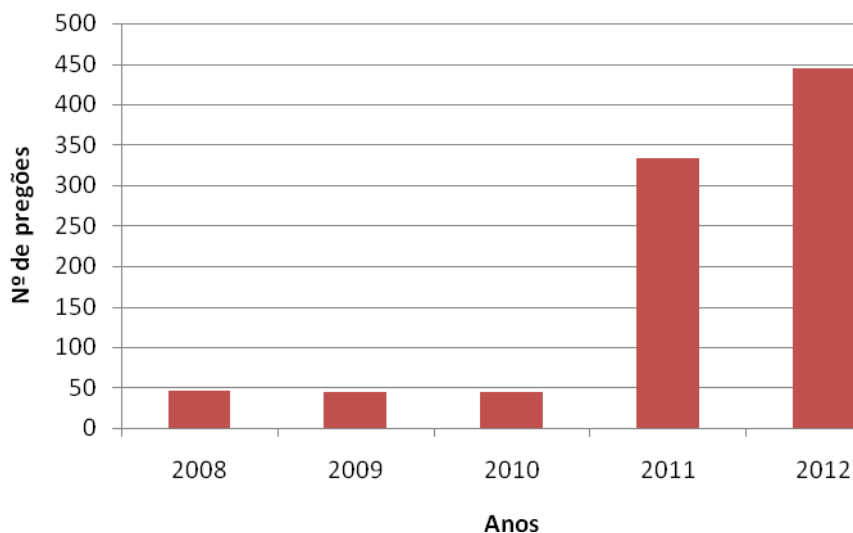
Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

Para uma melhor análise da influência qualitativa de cada variável no processo de aquisição, foram elaborados gráficos que exibem o comportamento quantitativo das cinco variáveis escolhidas no decorrer do tempo, todos eles seguidos de informações qualitativas importantes e que, direta ou indiretamente, sofreram efeitos com a implantação do Projeto Hospitais Sentinela. A evolução quantitativa dos dados coletados foi acompanhada da análise

<sup>26</sup> Os critérios de seleção das atas de pregão eletrônico para a pesquisa foram descritos no subitem 3.2.1 (Pesquisa documental) conforme quadros 3 e 4.

de conteúdo das atas de pregão pesquisadas, da pesquisa de documentos institucionais e das entrevistas.

A Figura 6 mostra a evolução da quantidade de pregões realizados apenas para produtos/serviços Sentinela<sup>27</sup> do hospital alvo da pesquisa.



**Figura 6. Evolução da quantidade de pregões realizados para produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado**

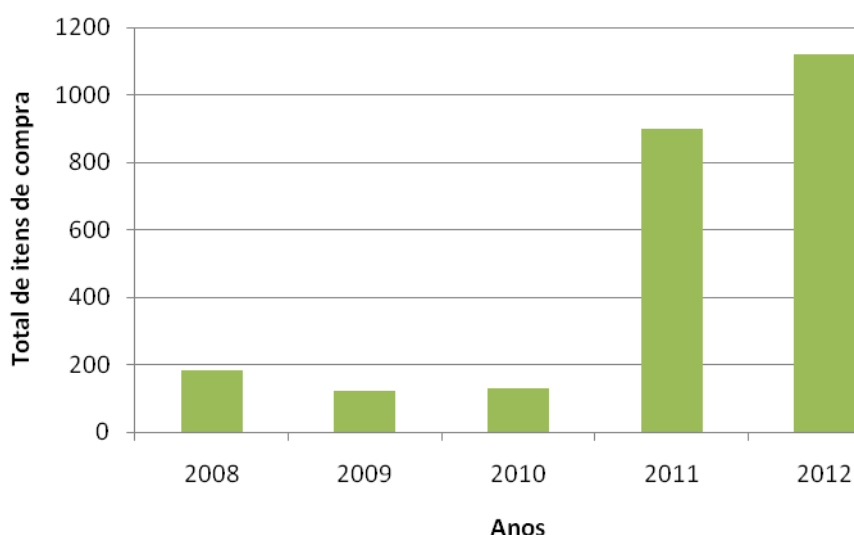
Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

Analisando-se a Figura 6, observa-se certa estabilidade da quantidade de pregões realizados para produtos/serviços Sentinela no período de 2008 a 2010 e um aumento considerável do número de pregões no período de 2011 a 2012. Ou seja, de 2010 para 2011, houve um aumento de 740% do número de pregões realizados, enquanto que no período de 2011 para 2010 o aumento foi de aproximadamente 13,33%. A grande variação ocorrida entre os anos 2010 e 2011 reflete as seguintes situações: a primeira é pertinente ao aumento de cerca de 32,3% dos usuários do serviço de saúde do hospital de 2008 a 2011, necessitando, dessa forma, de um maior número de aquisições (conforme os documentos da instituição pesquisada e considerando-se que não houve aumento do tamanho do hospital). Já a segunda situação refere-se a uma mudança na gestão do hospital iniciada no ano de 2008, visando a melhoria dos serviços de saúde prestados ao cidadão.

<sup>27</sup> Conforme descrito na seção de procedimentos de coleta de dados, os produtos/serviços Sentinela referem-se apenas aos produtos e serviços relacionados à área hospitalar sob a responsabilidade da Equipe Sentinela do hospital.

Outro importante aspecto ocorrido no hospital pesquisado foi o aumento do número de servidores em seu quadro de recursos humanos. Conforme pesquisa feita em alguns documentos institucionais do hospital, o quadro de servidores do hospital teve um aumento de aproximadamente 20% no período de 2008 a maio de 2012. Foi importante observar que nesse mesmo período, enquanto o quadro de médicos aumentou aproximadamente 3%, o quadro de enfermeiros cresceu cerca de 41%. Portanto, segundo o Gerente de Risco, os profissionais que mais notificam os eventos adversos à Anvisa são enfermeiros e logo infere-se que o aumento de seu quadro reflete a necessidade de atendimento a um número crescente de pacientes exigindo, ao mesmo tempo, uma maior demanda de produtos e serviços de saúde de qualidade.

A Figura 7 mostra a evolução do total de itens de compra (tipos de produtos/serviços) descritos nos processos de pregão para produtos/serviços Sentinela do hospital.



**Figura 7. Evolução do total de itens de compra de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado**

Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

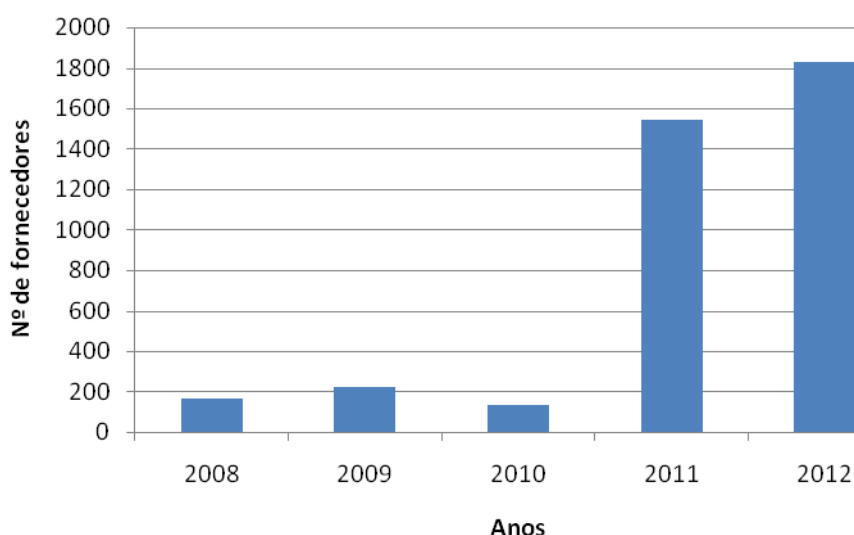
Constata-se na Figura 7 que houve uma pequena variação do total de itens de compra de produtos/serviços Sentinela no período de 2008 a 2010 (diminuição de aproximadamente 33% de 2008 a 2009 e aumento de cerca de 6% de 2009 a 2010). Mas no período de 2010 a 2011, o total de itens de compra cresceu cerca de 697% e, de 2011 a 2012, aproximadamente 24,7%.

Importante destacar que o total de itens de compra não se refere ao “volume” total de compras de produtos/serviços Sentinela, mas sim ao total de “tipos” de produtos e serviços

adquiridos pelo hospital (pois existem itens cuja necessidade do hospital ultrapassa, por exemplo, 2000 unidades numa só compra – caso do produto “cateter”). Logo, por meio da análise das atas de pregão, observou-se que houve um aumento da variedade de produtos e serviços contratados pelo hospital, ou seja, novos produtos e novos serviços passaram a fazer parte dos objetos de licitação do hospital.

A respeito da variedade de produtos, conforme a Gerente de Compras, o setor de compras iniciou um processo de montagem de um banco de dados constando marcas padronizadas dos produtos. E segundo ela, tal banco necessita de atualização constante, devido à dinâmica do mercado e à atuação de regulação da Anvisa (trata-se, portanto, de um “prontuário do produto”, pois neste também constam pareceres da equipe técnica do hospital sobre eventos adversos de alguns produtos).

A Figura 8 mostra a evolução da quantidade de fornecedores participantes nos processos de pregão para produtos/serviços Sentinela do hospital.



**Figura 8. Evolução da quantidade de fornecedores participantes nos pregões realizados para produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado**

Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

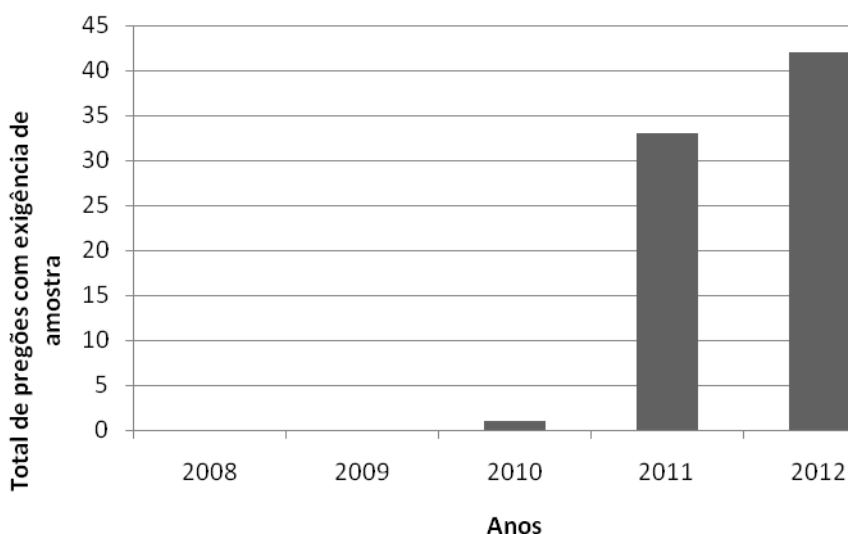
Observa-se na Figura 8 que houve uma pequena variação da quantidade de fornecedores no período de 2008 a 2010 (aumento de cerca de 35% de 2008 a 2009 e diminuição de aproximadamente 39% de 2009 a 2010). Mas no período de 2010 a 2011, a quantidade de fornecedores participantes cresceu cerca de 1154% e, de 2011 a 2012, 18%.

As explicações possíveis para o grande aumento da participação dos fornecedores a partir de 2011 são: grande elevação do número de pregões realizados pela instituição a partir de 2011; grande aumento da diversificação de itens de compra a partir de 2011, possibilitando

a entrada de novos fornecedores no certame; a não necessidade de presença física do fornecedor na instituição durante o certame licitatório (que ocorre via internet, com exceção dos pregões que exigiram a entrega de amostra na instituição).

A respeito dos fornecedores, a Gerente de Compras relatou que o foco no setor de compras é muito mais a marca e modelo dos produtos do que propriamente o nome do fornecedor e devido a isso é que foi iniciado o processo de banco de dados de marcas de produtos. Nesse sentido, entende-se que há certa preocupação do setor de compras com a qualidade do produto, independente de quem seja o seu fornecedor/produtor. E da análise de algumas atas de pregão, percebeu-se que para um único tipo de produto surgiram vários fornecedores (além do fabricante) interessados em contratar com o hospital (e em algumas atas o vencedor da licitação não foi o fabricante, mas sim o revendedor pelo menor preço oferecido ou pela aprovação da amostra de seu produto pela equipe técnica).

A Figura 9 mostra a evolução do total de pregões que exigiram a entrega de amostra de produtos pelos fornecedores na fase inicial do certame, ou seja, antes da classificação dos licitantes para a etapa de lances.



**Figura 9. Evolução do total de pregões que exigiram a entrega de amostra pelos fornecedores na fase inicial dos pregões de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado**

Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

Conforme ilustra a Figura 9, os pregões realizados pela instituição pesquisada nos anos de 2008 e 2009 não exigiram a entrega de amostra de produtos Sentinela pelos fornecedores participantes do certame. Somente a partir de 2010 é que a instituição passou a exigir a entrega de amostra. No período de 2010 a 2011, houve um aumento considerável do número de pregões que passaram a exigir amostra dos fornecedores (cerca de 3300% de

aumento). Já no período de 2011 a 2012, houve um ligeiro aumento de cerca de 27,3% do total de pregões com exigência de amostra.

De acordo com as atas analisadas, o pedido de amostras pela equipe técnica é feito conforme a complexidade do produto ou caso a marca/fornecedor sejam desconhecidos no mercado. Portanto, infere-se desse aumento do número de amostras de 2010 a 2011 a grande preocupação da equipe hospitalar com a qualidade dos produtos adquiridos, sejam eles complexos ou novos no mercado. Trata-se de um importante aspecto do processo licitatório, pois a exigência de amostra para análise da equipe técnica representa mais uma forma de minimizar os riscos de uma má aquisição e, conseqüentemente, do oportunismo do fornecedor. Mas observou-se também que a quantidade de pregões ocorridos entre 2011 e 2012 que exigiram amostra foi aproximadamente 10% do total de pregões realizados no referido período. Logo, um grande desafio para a equipe técnica é a elevação dessa porcentagem.

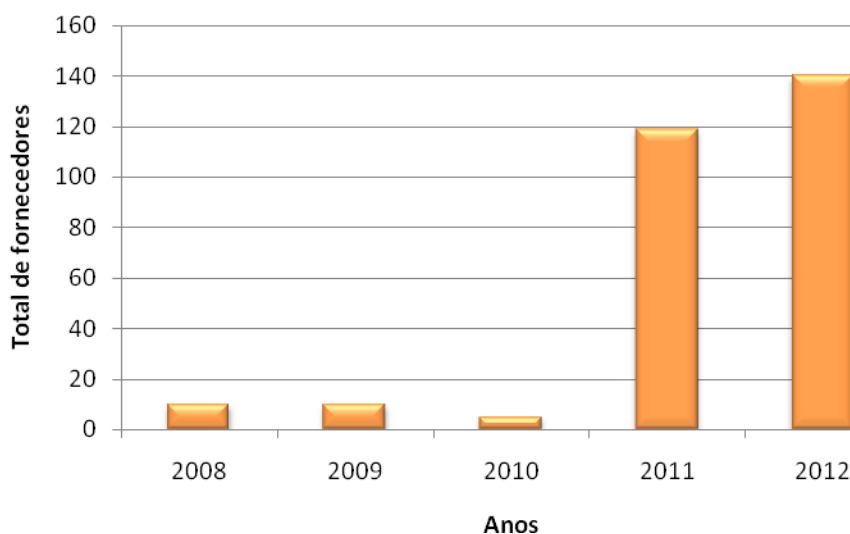
Conforme entrevista concedida pelo Gestor de Contratos, um dos problemas que mais atrapalham o processo de pregão da instituição é a exigência de qualidade técnica de produtos/serviços a serem adquiridos pelo hospital. Nesse sentido, o pregoeiro fica na dependência da equipe técnica (Equipe Sentinela) para a tomada de decisão, principalmente quanto à qualidade do produto/serviço a ser contratado (e é necessário que alguém da equipe técnica acompanhe todo o processo de pregão). Muitas vezes quando um pregão é fracassado, revogado ou anulado, o fator “qualidade” pode constituir uma das causas, pois o pregoeiro e/ou equipe de apoio do pregão dispõem desses atos decisórios para evitar possíveis ações oportunistas por parte dos licitantes.

Para alguns tipos de produtos, o pregoeiro responsável - por exigência da equipe técnica - pode solicitar amostra de todos os licitantes antes da fase de lances ou uma amostra do produto do primeiro colocado (licitante) após a fase de lances. Essa amostra é enviada ao hospital para análise da qualidade, cuja avaliação deve ser técnica (e não subjetiva). Conforme o gestor entrevistado, se for constatado que o produto não possui boa qualidade, o licitante é desclassificado do certame, dando-se oportunidade para negociação com o próximo fornecedor melhor classificado.

Um exemplo dado pelo Gestor de Contratos da instituição ilustra bem a situação: se há um produto a ser adquirido pelo hospital, cuja especificação técnica no edital é altamente descritiva, corre-se o risco de comprar um produto muito caro, mas com a mesma funcionalidade de outro mais barato.

A exigência de amostra do produto para aferição da qualidade trata-se de um assunto que foi abordado no Relatório de Avaliação do Projeto Hospitais Sentinela da Anvisa. Neste relatório existe um questionário de avaliação dos hospitais sentinelas quanto aos seus procedimentos de aquisição. Os questionamentos são pertinentes à participação da equipe nos procedimentos de aquisição de equipamentos, de produtos para diagnóstico de uso “in-vitro” (ou seja, se o hospital testa os lotes antes da utilização na rotina e se ele define pré-requisitos técnicos para a compra de tais produtos) e se o hospital utiliza uma sistemática pré-definida para credenciar (pré-qualificar) os fornecedores. Conforme análise das atas de pregão, foram detectados tais procedimentos no hospital pesquisado (os testes são realizados com as amostras solicitadas e conforme requisitos técnicos explícitos no edital de pregão) com exceção do último procedimento (pré-qualificação dos fornecedores), pois o setor de compras iniciou a montagem de um banco de dados pré-qualificando as marcas e modelos dos produtos.

A Figura 10 mostra a evolução do total de fornecedores desclassificados por motivos de qualidade na fase inicial dos processos de pregão para produtos/serviços Sentinela do hospital.



**Figura 10. Evolução do total de fornecedores desclassificados por motivo de qualidade na fase inicial dos pregões de produtos/serviços Sentinela do hospital pesquisado**

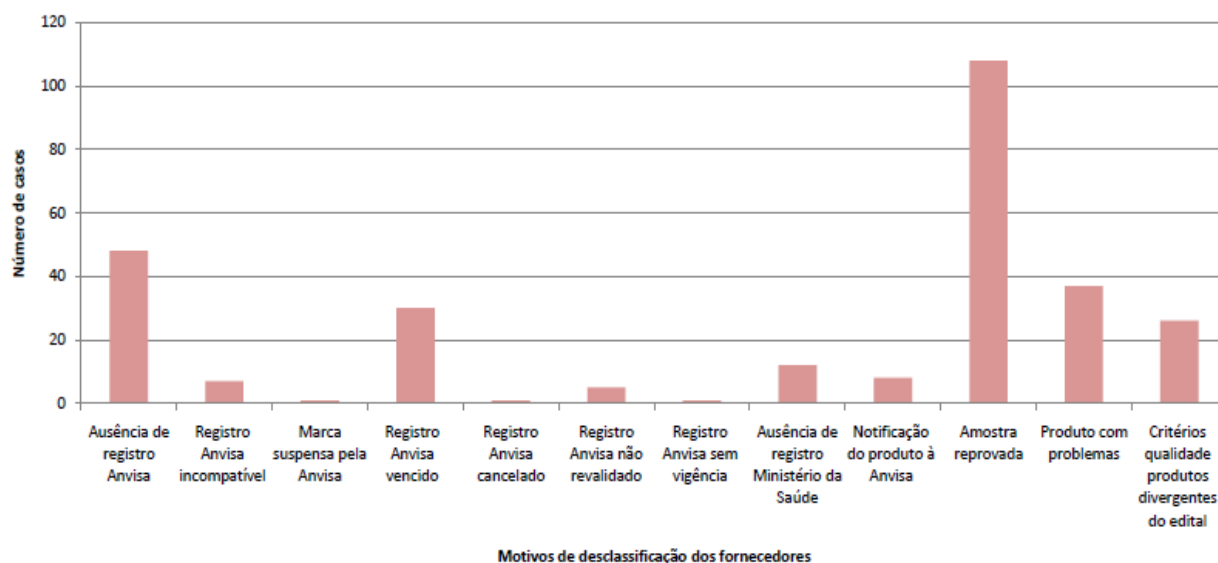
Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.



Utilizaram-se como parâmetros para a coleta de informações de fornecedores desclassificados no pregão por “motivos de qualidade” as seguintes situações:

- a) A não apresentação do registro do produto na Anvisa (48 casos);
- b) Apresentação de registro da Anvisa de produto incompatível com o produto descrito na OC (7 casos);
- c) Apresentação de marca cuja comercialização foi suspensa pela Anvisa (1 caso);
- d) Apresentação de registro vencido do produto na Anvisa (30 casos);
- e) Cancelamento de registro do produto na Anvisa (1 caso);
- f) A não apresentação da revalidação do registro do produto na Anvisa (5 casos);
- g) Apresentação de registro do produto na Anvisa sem período de vigência (1 caso);
- h) A não apresentação do registro do produto no Ministério da Saúde (12 casos);
- i) Notificação de fornecedor pelo hospital à Anvisa (8 casos);
- j) Reprovação da amostra após análise da equipe técnica (108 casos);
- k) Apresentação de marca de produto que trouxe problemas à equipe hospitalar (37 casos);
- l) Não atendimento a critérios de qualidade do produto/serviço descritos em edital (26 casos).

As situações descritas anteriormente foram coletadas das atas de pregão eletrônico e consideradas “indicadores de desclassificação” dos fornecedores participantes dos pregões ocorridos de 2008 a 2012. Cada situação representa um “desvio de qualidade” e, portanto, todos esses motivos foram considerados na análise. A Figura 11 ilustra o levantamento anterior do número de casos de fornecedores desclassificados para cada motivo (indicador) elencado.



**Figura 11. Quantitativo de casos de desclassificação dos fornecedores por indicadores de desvio de qualidade**

Fonte: Bolsa Eletrônica de Compras, Fazesp, 2012.

Percebe-se na Figura 11 que o maior número de fornecedores desclassificados enquadra-se no motivo de reprovação da amostra após análise da equipe técnica (108 casos). E tal motivo relaciona-se com os testes de aferição da qualidade das amostras pela equipe técnica do hospital, em que muitos fornecedores foram desclassificados devido à baixa qualidade de suas amostras.

A justificativa para o uso dos “indicadores de desclassificação” de fornecedores por “motivos de qualidade” nessa análise remete-se à situação de “risco” presente em cada um deles, ou seja, se cada um desses indicadores não for considerado pela equipe técnica como fator de desclassificação do fornecedor, existe o risco da aquisição de um produto/serviço de má qualidade pelo hospital.

Conforme a Figura 10, não houve variação no total de fornecedores desclassificados no pregão por motivos de qualidade de 2008 a 2009 (total de 10 fornecedores para cada ano). Em 2010 houve, porém, uma redução de 50% do total de fornecedores desclassificados. Mas em 2011 houve um aumento de cerca de 2380% em relação ao ano de 2010, evidenciando que grande número de fornecedores deixou de participar do certame licitatório por conta de problemas de qualidade em seus produtos/serviços ofertados. Em 2012, o aumento foi de 17,6% em relação a 2011.

Observou-se nas atas que, logo no início dos pregões (2008), a equipe técnica fazia a consulta do registro dos produtos no site da Anvisa e fornecia tal informação ao pregoeiro.

Posteriormente (2009), o pregoeiro passou a exigir do fornecedor a cópia do registro do produto na Anvisa como elemento de classificação/desclassificação do licitante, pois conforme algumas atas de pregão, tal ação representava “economia de tempo” para a equipe de apoio analisar melhor as propostas dos fornecedores, principalmente nos pregões que continham vários itens de compra, com a participação de vários licitantes.<sup>28</sup>

Segundo a Gerente de Compras, a contribuição dada pela Equipe Sentinela (equipe técnica) consiste no acompanhamento do processo de pregão para subsidiar o setor de compras na tomada de decisão para as aquisições hospitalares. Nesse sentido, a equipe de compras sempre procura trabalhar em conjunto com a Equipe Sentinela, pois esta subsidia a tomada de decisões por meio do conhecimento que possui dos produtos/serviços a serem adquiridos, bem como por meio das notificações.

Em relação aos problemas de qualidade dos produtos, conforme a entrevistada, a responsabilidade pela verificação de problemas no lote recebido é da Equipe Sentinela e, caso a equipe tenha chegado à conclusão de que o problema é do produto, tal informação é repassada para a área de compras juntamente com a notificação feita à Anvisa. As notificações são registros de ocorrências de problemas de qualidade e de segurança dos produtos e que devem ser feitas no sistema NOTIVISA da Anvisa.

De acordo com o depoimento do Gerente de Risco, para evitar as notificações desnecessárias, é realizado um processo chamado “busca ativa” do problema de qualidade do produto. Tal procedimento é semelhante à técnica WOM proposta por West (1997), pois os profissionais de saúde buscam minimizar os riscos da má aquisição por meio da troca de informações com profissionais de outros hospitais sobre os efeitos/qualidade de produtos adquiridos de um dado fornecedor. Trata-se também de um método de redução do comportamento oportunista do fornecedor por meio de um canal de informações entre os hospitais participantes da Rede Sentinela. Ou seja, é feito um rastreamento da ocorrência do problema para a averiguação de suas causas (se o problema encontrado no produto foi proveniente da falta de domínio técnico do profissional durante o uso, ou se o problema é de fabricação do produto). Caso o problema seja de fabricação do produto, o seu fornecedor em questão é notificado à Anvisa e, posteriormente ao setor de compras do hospital para a informação constar no parecer do processo licitatório.

O uso das notificações realizadas pela Equipe Sentinela à Anvisa como subsídio no processo de tomada de decisões do setor de compras foi constatado na análise das atas de

---

<sup>28</sup> Conforme pesquisa das informações coletadas das atas de pregão analisadas, houve pregão com a oferta de 73 itens e a participação de 23 licitantes.

pregão, pois conforme o item (i), houve casos de fornecedores desclassificados por motivo de notificação de seu produto à agência. Nesse sentido, pode-se afirmar que o Projeto Hospitais Sentinela permitiu que o processo de gerenciamento de riscos prosseguisse com a Equipe Sentinela até o setor de compras da instituição, pois as notificações não foram realizadas apenas para subsidiar a tomada de decisão da agência, mas também do setor de compras visando reduzir o comportamento oportunista dos agentes fornecedores.

Em consonância com as diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela, constatou-se também em algumas atas que muitos fornecedores foram desclassificados do pregão por não apresentar o registro do produto na Anvisa (48 casos), devido a problemas anteriores de qualidade do produto (37 casos) e devido ao não atendimento a critérios de qualidade do produto/serviço descritos em edital (26 casos).

Além das notificações, a equipe técnica também utilizou durante o pregão resoluções da Anvisa que impedem a comercialização de alguns produtos que não tiveram o seu registro revalidado.

Alguns pregões também foram revogados por motivo de ausência da equipe técnica no certame. E, nesse caso, o pregoeiro não poderia proceder à tomada de decisão sem o conhecimento técnico da Equipe Sentinela. Outros pregões que ocorreram sem a presença da equipe técnica contaram com a ajuda de registros de contratações anteriores, subsidiando assim o trabalho do pregoeiro, embora a ocorrência do pregão sem a presença da equipe técnica também represente um “risco” para o hospital.

Nas atas de pregões mais recentes, os editais passaram a exigir no ato da entrega do produto a validade mínima do medicamento de 50% da data de fabricação (ou seja, foi exigido mais um critério de “qualidade” nos editais para que o hospital não aceite produtos que apresentem em sua data de entrega menos da metade do seu prazo de validade). Isso pode ter ocorrido devido a práticas “oportunistas” anteriores de fornecedores e que, de alguma forma, trouxeram certo risco ao hospital e, conseqüentemente, aos pacientes.

Percebe-se que a equipe de compras, para evitar o comportamento oportunista dos licitantes, necessita do conhecimento técnico que a Equipe Sentinela possui para o processo de tomada de decisão. E tal conhecimento provém da experiência da Equipe Sentinela em identificar situações de “risco” de produtos/serviços que podem trazer resultados indesejáveis na gestão de serviços em saúde. Em outras palavras, se a Equipe Sentinela não realizasse todas as ações necessárias de gerenciamento do risco desde o ambiente hospitalar até o setor de compras, muitos licitantes continuariam a ser contratados com base apenas na Lei de Licitações (“menor preço”), dando maior abertura às aquisições de produtos/serviços de baixa

qualidade (ou seja, uma situação de oportunismo *ex post* do fornecedor). Mas devido às ações de gerenciamento de risco realizadas pela equipe hospitalar por intermédio do Projeto Hospitais Sentinela, por mais que o fornecedor seja detentor do menor preço praticado no mercado, ele pode ser desclassificado do processo licitatório caso tenha sido notificado à Anvisa por problemas de qualidade no seu produto/serviço oferecidos anteriormente ou por outros motivos de qualidade já elencados.

Nos certames licitatórios também ocorreu por parte dos fornecedores a transmissão de informações ao pregoeiro (no *chat* do pregão) sobre irregularidades (algumas envolvendo o fator “qualidade” de produtos) dos demais concorrentes. Em algumas situações, o pregoeiro suspendeu a sessão para averiguar os fatos por meio de uma diligência. Nos casos de procedência das denúncias, o(s) fornecedor(es) é(são) desclassificado(s) no certame ou, caso tenha(m) sido habilitado(s), é(são) então inabilitado(s) no processo, caso contrário, persiste a decisão anterior de classificação/habilitação.

Na visão do Gerente de Risco, o Projeto Hospitais Sentinela trouxe uma economia de recursos materiais utilizados no hospital em função do treinamento e da capacitação dos profissionais para a observância e uso. Nesse sentido, com a implementação do projeto, houve uma prática de “controle de qualidade” por conta dos riscos, pois os materiais e/ou medicamentos com problema de fabricação passaram a ser relatados ao fornecedor para a troca. Tal medida relaciona-se com um questionamento de verificação da conformidade dos produtos presente no Relatório de Avaliação do Projeto Hospitais Sentinela da Anvisa. Neste documento enviado aos hospitais participantes do projeto da Anvisa, há um questionário de avaliação dos procedimentos de aquisição da instituição. Um dos pontos questionados pela Anvisa é se o hospital, ao verificar a não conformidade dos produtos, realiza devolução mediante substituição, rejeita o produto devolvendo-o mediante substituição fazendo a notificação à Anvisa ou se não verificou problemas no produto. E tais procedimentos são realizados pelo hospital, conforme o Gerente de Risco.

Além dos casos relatados anteriormente, o mesmo entrevistado também informou que, nos casos em que o fornecedor não resolvia o problema de não conformidade do produto, as equipes do hospital contatavam outros hospitais via telefone ou fórum na internet (grupo de discussão dos gerentes de risco chamado “Olho Vivo Faro Fino”) para informar tal ocorrência, colocando o fornecedor numa posição difícil, uma vez que o próprio também costuma vender seus produtos/serviços a hospitais que estão “fora” da Rede Sentinela e que pertencem ao mercado privado, onde não ocorrem processos licitatórios. Do ponto de vista da economia dos custos de transação, trata-se de uma estratégia que visa reduzir o

comportamento oportunista do fornecedor, pois o agente comprador busca minimizar a assimetria de informação ao buscar informações pertinentes à qualidade do produto/serviço desse fornecedor junto a outros hospitais.

Embora a Equipe Sentinela, em parceria com a equipe de compras, tenha desempenhado ações de gerenciamento de risco para minimizar os riscos das más aquisições, o Gerente de Risco destacou que ainda persiste o problema de contratação de “péssimos” fornecedores, ou seja, de empresas que fornecem produtos de baixa qualidade. E quando isso acontece, ele não pode simplesmente “trocar” de fornecedor, por conta da Lei de Licitações. Sobre esse assunto, a Gerente de Compras afirma que realmente existe esse problema da existência de fornecedores “bons” e “péssimos” quanto à qualidade de seus produtos devido à lei do mercado. A ação de troca de lotes com defeitos cabe apenas à Equipe Sentinela por conta de sua responsabilidade na aferição da qualidade do produto. Mas também relatou que se trata de uma questão relativa, pois se hoje um fornecedor é “ótimo”, amanhã ele pode ser “péssimo”. E existem fornecedores que se preocupam com a qualidade de seus produtos e/ou serviços e outros que acham “besteira” tal preocupação com as notificações. Mas segundo ela, os fornecedores em geral estão mais “espertos” quanto à questão das notificações.

Outra situação relatada pelo Gerente de Risco é sobre o tipo de contrato feito com o fornecedor de equipamentos. Há um problema referente à manutenção desses produtos, que só é agendada após um ano de uso do equipamento e, devido à complexidade do próprio, não se sabe se durante o primeiro ano de uso ocorreu algum tipo de exposição do paciente e/ou do profissional de saúde ao risco (um exemplo seria a exposição a emissões radioativas de um equipamento de ressonância). Tal problema reflete uma “assimetria de informação”, pois conforme relatado anteriormente pela Gerente de Compras, os editais de licitação para a aquisição de produtos e serviços ao hospital não sofreram grandes mudanças com a implantação do Projeto Hospitais Sentinela. E isso se deve à falta de informações que a comissão de padronização do setor de compras possui sobre alguns tipos de produtos/serviços de saúde. Portanto, para a amenização desse problema, seria importante uma maior participação da Equipe Sentinela na elaboração dos editais de licitação, pois os próprios já possuem o modelo de contrato a ser celebrado com a organização contratante.

Analisando-se os depoimentos do Gerente de Risco e da Gerente de Compras em parceria com os documentos institucionais, percebe-se que a introdução do gerenciamento de risco no hospital com as ações de “busca ativa” de identificação e análise dos riscos e a notificação de eventos adversos, ambos provenientes do Projeto Hospitais Sentinela, favoreceu uma redução do comportamento oportunista tanto do fornecedor (ao reduzir a

assimetria de informações) quanto do agente (ao não deixar a responsabilidade da compra apenas com uma das equipes - Sentinela ou compras). Além disso, segundo o depoimento do Gestor de Contratos, a presença da Equipe Sentinela nos processos de pregão eletrônico é indispensável para subsidiar a tomada de decisão do pregoeiro em aquisições de produtos/serviços que exigem um dado conhecimento técnico, restrito apenas aos profissionais de saúde que no dia-a-dia manipulam produtos e/ou se utilizam de algum serviço específico. Nesse sentido, a aferição da “qualidade” dos produtos/serviços contratados pela instituição é de total responsabilidade da Equipe Sentinela, ficando a seu cargo relatar à equipe de compras as ocorrências de desvio de qualidade por parte de alguns fornecedores.

Em suma, o Quadro 8 resume as ações de melhoria adotadas pela Gerência de Risco, Equipe Sentinela e Setor de Compras quanto às aquisições do hospital, bem como os respectivos resultados após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela.

<b>Melhorias nas aquisições após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela</b>	
<b>Sentinela</b>	
<b>Ações</b>	<b>Resultados</b>
Participação dos profissionais de saúde nas sessões públicas de pregão para avaliar os produtos e o aumento do contato da equipe de compras com a equipe do hospital com o início das notificações da Equipe Sentinela à Anvisa.	Maior subsídio na tomada de decisão do pregoeiro no resultado final do pregão; inserção de novos critérios de classificação de fornecedores no pregão sob a ótica da “qualidade” do produto/serviço de saúde (e não apenas do “menor preço”).
Capacitação da Gerência de Risco e demais profissionais de saúde da instituição pesquisada para a observância e uso dos produtos/serviços de saúde (“busca ativa”).	Melhor gerenciamento dos riscos e maior economia dos recursos públicos tendo-se por base as diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela, ocasionando um maior controle dos processos pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, um aumento do número de notificações de problemas e eventos adversos de produtos de saúde à Anvisa.
Criação de um banco de dados constando marcas padronizadas dos produtos de saúde pelo Setor de Compras em parceria com a Equipe Sentinela, a ser atualizado constantemente, devido à dinâmica do mercado e à atuação de regulação da Anvisa.	Planejamento das compras públicas visando maior qualidade nas aquisições, pois o banco de dados trata-se de um “prontuário do produto” a ser utilizado nos processos licitatórios para o subsídio da tomada de decisões.
Exigência de amostra de produtos para análise da equipe técnica do pregão antes da finalização da aquisição.	Minimização dos riscos de uma má aquisição e, conseqüentemente, do oportunismo <i>ex ante</i> do fornecedor.
Verificação dos problemas de qualidade dos produtos recebidos no hospital pela Equipe Sentinela e, na existência deles, acionamento do fornecedor para a troca/devolução. O fornecedor que não atendeu à solicitação da Equipe Sentinela foi notificado à Anvisa e a informação repassada ao Setor de Compras.	Minimização dos riscos de exposição de produtos de má qualidade aos pacientes e profissionais de saúde e, conseqüentemente, do oportunismo <i>ex post</i> do fornecedor.
Outras ações desenvolvidas pela Equipe Sentinela em parceria com o Setor de Compras (uso de novos critérios de desclassificação dos fornecedores no pregão, uso de resoluções da Anvisa nos processos de pregão, inserção de novas condições de entrega do produto no edital de pregão – prazo de validade).	Minimização dos riscos de uma má aquisição e, conseqüentemente, do oportunismo <i>ex ante</i> do fornecedor.

**Quadro 8. Melhorias nas aquisições após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela**

Fonte: Entrevistas e documentos institucionais do hospital.

Tendo em vista as melhorias nas aquisições ocorridas após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela, e considerando o modelo de Gerenciamento de Risco proposto por Kerzner (2009) e Hopkin (2010), foi elaborado o Quadro 9 conforme os achados da análise das entrevistas e de documento institucional do hospital.



<b>Gerenciamento de Risco no hospital alvo da análise</b>	
<b>Principais Ações</b>	
<b>Identificação do ambiente interno organizacional</b>	Ambiente hospitalar de uma instituição autárquica de saúde, grande porte, localizada na região metropolitana de São Paulo.
<b>Definição de objetivos estratégicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar e sistematizar a observância dos produtos/serviços de saúde para a segurança e qualidade dos produtos, bem como para o uso racional de recursos;</li> <li>- Garantir por meio da vigilância a existência de melhores produtos no mercado e, conseqüentemente, mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde;</li> <li>- Promover a participação e colaboração de todos os profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde (Equipe Sentinela, Setor de Compras e demais <i>stakeholders</i> envolvidos no processo);</li> <li>- Implementar os Planos de Melhoria no ambiente hospitalar propostos à Anvisa.</li> </ul>
<b>Identificação dos riscos</b>	<p>Identificação de problemas de qualidade nas amostras solicitadas pela Equipe Sentinela nos processos de pregão.</p> <p>Identificação de fornecedores/marcas de produtos no processo de pregão que foram notificados à Anvisa, que trouxeram problemas ao hospital e demais outros motivos pertinentes à qualidade/segurança do produto.</p> <p>Identificação no ambiente hospitalar de qualquer suspeita (risco) que envolva algum produto para a saúde em uso no serviço, devendo esta ser comunicada à Gerência de Risco.</p>
<b>Análise dos riscos</b>	Nos processos de aquisições do hospital, a análise dos riscos é feita durante a análise das propostas de produtos enviadas pelos fornecedores, bem como das amostras solicitadas pela Equipe Sentinela. Quanto à identificação do risco no ambiente hospitalar, o processo de análise se dá por meio da “busca ativa” em que é feito um rastreamento da suspeita para a averiguação de suas verdadeiras causas (ou seja, se a ocorrência do risco foi proveniente da falta de domínio técnico do profissional durante o uso do produto/serviço de saúde ou se o problema de fato é do produto).
<b>Avaliação dos riscos</b>	<p>A gravidade do risco no processo de aquisições do hospital é analisada pela Equipe Sentinela para subsidiar a decisão do pregoeiro e equipe de compras.</p> <p>A gravidade do risco no ambiente hospitalar é analisada pela Gerência de Risco e equipe para a tomada de decisões.</p>
<b>Resposta aos riscos</b>	<p>Uma vez identificado e avaliado o risco pela Equipe Sentinela durante o processo de pregão, o(s) fornecedor(es) do produto/serviço com problemas são desclassificados do certame.</p> <p>Em relação ao risco identificado e avaliado no ambiente hospitalar, a Gerência de Risco toma as devidas providências conforme a demanda do caso, controlando ou eliminando o risco de exposição de pacientes e profissionais de saúde a estes produtos, enquanto as investigações mais aprofundadas são levadas adiante pelos órgãos competentes (Anvisa e VISAs) por meio das notificações.</p>
<b>Controle das atividades</b>	<p>A Gerência de Risco orienta a equipe hospitalar a notificar os eventos ou prestar informações no caso de suspeita de um evento adverso envolvendo produtos de uso hospitalar ou de um produto que apresente problema aparente de perda de qualidade.</p> <p>A Equipe Sentinela utiliza as notificações e demais ocorrências sobre problemas de qualidade e segurança de produtos e serviços de saúde nos processos de pregão para subsidiar a tomada de decisões pela Equipe de Compras do hospital.</p>
<b>Informação e comunicação</b>	<p>Existe a comunicação entre a Equipe Sentinela e a Equipe de Compras do hospital durante os processos licitatórios visando a minimização do comportamento oportunista do fornecedor nas aquisições de produtos e serviços de saúde e, conseqüentemente, dos riscos das más aquisições.</p> <p>Existe também um canal de comunicação entre a Gerência de Risco, equipe hospitalar e demais <i>stakeholders</i> interessados e que se encontra divulgado no site institucional do hospital.</p>
<b>Monitoramento</b>	<p>Criação do banco de dados constando marcas padronizadas dos produtos de saúde pelo Setor de Compras do hospital em parceria com a Equipe Sentinela.</p> <p>Registros de ocorrência e notificações de produtos com problemas de qualidade/segurança para subsídio à tomada de decisões de compras.</p> <p>Elaboração e implementação dos Planos de Melhoria pela Gerência de Risco no ambiente hospitalar.</p>

**Quadro 9. Principais ações do Gerenciamento de Risco introduzido no hospital pesquisado**

Fonte: Entrevistas e documentos institucionais do hospital.

É importante salientar que, embora a pesquisa tenha trazido à tona as melhorias nos processos de aquisição da instituição pesquisada, resultantes do Projeto Hospitais Sentinela, ela também trouxe achados pertinentes a alguns problemas relatados a seguir:

a) Ausência da equipe técnica (Equipe Sentinela) no processo de pregão para subsidiar a tomada de decisão do pregoeiro, principalmente quanto à qualidade do produto/serviço de saúde a ser contratado;

b) Persistência do problema de contratação de “péssimos” fornecedores, ou seja, de empresas que fornecem produtos/serviços de saúde de baixa qualidade.

c) Riscos advindos do tipo de contrato celebrado entre o hospital e o fornecedor, devido à ausência de algumas salvaguardas.

O próximo capítulo faz o fechamento das análises dos resultados da pesquisa e as devidas recomendações para futuras pesquisas.

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista que o objetivo geral de pesquisa era analisar de que maneira a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais pelo Projeto Hospitais Sentinela contribuiu para a melhoria do processo de aquisições públicas realizadas num hospital público, os achados da pesquisa concluíram a análise por meio da concretização dos objetivos específicos delineados.

Atendendo ao primeiro objetivo específico da pesquisa, as principais diretrizes do Projeto Hospitais Sentinela que previam a melhoria da qualidade das aquisições públicas com a introdução do gerenciamento de risco nos hospitais foram: a) fornecimento de recursos para a implantação da Gerência de Risco nos hospitais; b) pagamento de “pró-labore” aos profissionais e bolsistas participantes do projeto; c) desenvolvimento dos programas de capacitação dos gerentes de risco e demais membros da equipe hospitalar; d) acompanhamento e supervisão da implementação dos planos de melhoria pelos hospitais participantes do projeto; e) criação e implantação de um sistema de notificações de eventos adversos.

Conforme a pesquisa, observou-se que todas as diretrizes elencadas anteriormente foram de extrema importância para a implantação do gerenciamento de risco no hospital pesquisado.

Em relação ao segundo objetivo específico da pesquisa, foram analisadas as ações desenvolvidas pela Gerência de Risco, equipe hospitalar e equipe de compras do hospital alvo de análise antes, durante e após a implementação do Projeto Hospitais Sentinela. Constatou-se da análise de todos os dados obtidos pela pesquisa documental, pelas entrevistas e pelas atas de pregão que o Projeto Hospitais Sentinela contribuiu para a redução da assimetria de informações, do comportamento oportunista dos agentes e, conseqüentemente, dos riscos das más aquisições. E os resultados obtidos só foram possíveis devido à inserção do processo de gerenciamento de risco no hospital pesquisado por meio do Projeto Hospitais Sentinela. A introdução do gerenciamento de risco no hospital pesquisado ajudou a melhorar a gestão dos seus serviços de saúde por meio das ações integradas da área técnica hospitalar com a área administrativa para um mesmo fim: maior qualidade e segurança nas aquisições a partir da redução dos riscos identificados nas ações oportunistas dos fornecedores. Nesse sentido, verificou-se que o processo de tomada de decisões não deve envolver apenas uma equipe

especializada em aquisições, pois a segurança e qualidade desejadas também envolvem o conhecimento técnico de profissionais da área da saúde.

Quanto ao terceiro objetivo específico da pesquisa, foram identificados efeitos positivos e um negativo da implantação do Gerenciamento de Risco pelo Projeto Hospitais Sentinela no hospital pesquisado. Os efeitos positivos consistiram nos seguintes: maior subsídio na tomada de decisão do pregoeiro no resultado final do pregão; inserção de novos critérios de classificação de fornecedores no pregão sob a ótica da “qualidade” do produto/serviço de saúde (e não apenas do “menor preço”); melhor gerenciamento dos riscos; maior economia dos recursos públicos; maior controle dos processos pelos profissionais de saúde; planejamento das compras públicas visando maior qualidade nas aquisições; minimização dos riscos de uma má aquisição com a redução do oportunismo *ex ante* e *ex post* do fornecedor.

Em relação ao efeito negativo, pode-se citar um maior grau de dependência dos conhecimentos técnicos da Equipe Sentinela por parte do Setor de Compras, pois os problemas das más aquisições que ainda persistiram no hospital estão diretamente associados à assimetria de informação existente entre a Equipe Sentinela, o Setor de Compras e os fornecedores.

Quanto à habilitação e escolha de fornecedores que ainda trazem problemas de “qualidade” à instituição, sugere-se uma maior participação de membros da Equipe Sentinela na comissão de padronização do setor de compras para uma melhor especificação dos produtos nos editais de licitação, pois a troca de informações e experiências entre profissionais de áreas diferentes pode ajudar a minimizar a “assimetria de informações” e, conseqüentemente, as ações oportunistas do fornecedor. No entanto, as equipes devem tomar cuidado com o problema do “excesso” de informações, pois se corre o risco de minimizar muito a concorrência e, conseqüentemente, de elevar-se o preço do produto/serviço (conforme aumenta a exigência da qualidade) ou de aumentar o número de pregões desertos por falta de fornecedores.

Em relação ao problema da necessidade da presença da equipe técnica (Equipe Sentinela) no processo de pregão para subsidiar a tomada de decisão do pregoeiro, sugere-se que a instituição organize uma comissão de profissionais técnicos que possam vir a substituir profissionais ausentes, a fim de não haver prejuízo ao hospital em geral.

Quanto à questão da inconformidade dos contratos celebrados entre o hospital e fornecedores, podendo trazer riscos aos pacientes e profissionais de saúde, também se sugere uma participação colaborativa da Equipe Sentinela na elaboração dos editais de licitação em

parceria com a comissão de padronização do setor de compras para a minimização da assimetria de informações e, conseqüentemente, dos riscos.

Outros aspectos a serem considerados pela instituição é a prática da “busca ativa” e das notificações realizadas pelo hospital. Quanto maior o rastreamento do risco e a divulgação à Rede Sentinela dos problemas advindos de uma má aquisição, menor a chance de ocorrência das práticas oportunistas por parte dos fornecedores. Da mesma forma, quanto maior a comunicação de notificações realizadas pela Equipe Sentinela ao setor de compras, pode-se inferir que maior será o controle sobre as ações oportunistas do fornecedor durante o pregão e, conseqüentemente, este terá a sua utilidade reduzida.

Portanto, entende-se que a introdução do gerenciamento de risco no hospital alvo do Projeto Hospitais Sentinela possibilitou o desenvolvimento de competências de “gerenciamento de risco” nos processos de aquisições da instituição. E isso ocorreu graças às principais diretrizes do projeto que se concretizaram nas ações conjuntas da Equipe Sentinela e de compras do hospital que, de certa maneira atuaram na regulação do mercado ao fazer uma prévia seleção dos fornecedores que atenderam aos requisitos mínimos de qualidade. E claro, se qualidade e segurança são quase “sinônimos” em gestão de serviços de saúde, as aquisições não poderiam ser responsabilidade apenas do setor de compras. Um processo de tomada de decisão que envolva a segurança do paciente necessita que os riscos sejam gerenciados já no processo de aquisições do hospital. Logo, o compartilhamento de experiências e informações entre o setor de compras e a Equipe Sentinela foi melhor estruturado com a implantação do projeto pela Anvisa.

Os limites da pesquisa associaram-se principalmente à necessidade de anonimato do hospital alvo de análise, bem como de outras informações de natureza sigilosa, não possibilitando, de certa maneira, um maior avanço nas investigações científicas. Nesse sentido, a pesquisa em documentos como “atas de pregão” do hospital pesquisado no período anterior a julho de 2008 foi prejudicada por não estar disponível no sítio eletrônico da BEC/SP, pois os processos de pregão anteriores a tal data eram presenciais e não foram disponibilizados pela instituição para consulta.

A presente pesquisa traz contribuições não somente para as organizações públicas de saúde, mas para a academia também. Para as organizações públicas de saúde, a pesquisa oferece um estudo do gerenciamento de risco que, sob a ótica da gestão de projetos, a sua introdução não se limita apenas à área hospitalar. O gerenciamento de risco realizado nos processos de aquisições também favorece a minimização dos riscos no ambiente do hospital. Esse tipo de estudo abordado na pesquisa propõe uma menor assimetria de informações entre

setor de compras, equipe hospitalar e fornecedores para que os ganhos sejam maiores a todos os *stakeholders* envolvidos.

Em relação à academia, o estudo do gerenciamento de risco nas aquisições de um hospital público, sob a ótica da gestão de projetos, favorece o desenvolvimento e aprimoramento de novas pesquisas em assuntos pouco explorados na literatura, no caso, as aquisições públicas brasileiras no setor de saúde. Nesse sentido, esta pesquisa trouxe à tona vários assuntos que podem ser explorados nas seguintes áreas: gestão de projetos; gestão de políticas públicas e gestão da saúde.

Sugere-se para pesquisas futuras a análise da relação entre a quantidade de produtos de saúde com registro cancelado na Anvisa e a quantidade de notificações realizadas pelas instituições pertencentes à Rede Sentinela. Tal estudo pode mostrar o quanto as notificações realizadas pelos hospitais filiados à rede influenciaram o mercado produtivo na área da saúde a melhorar seus processos de trabalho. Outras sugestões são a análise comparativa da qualidade das aquisições entre um hospital que realiza a aquisição direta de produtos e serviços de saúde e outro que contrata um prestador de serviço que faz as aquisições para o hospital e a análise comparativa da avaliação dos benefícios do Projeto Hospitais Sentinela pela Anvisa e pelos hospitais da rede.

## REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2002, outubro). Sentinelas formam redes de informações em produtos de saúde. *Boletim Informativo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, (24), pp. 5-6. Recuperado em 31 de outubro, 2011, de [http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/24\\_02.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/24_02.pdf).
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2004). *Projeto de cooperação técnica - serviços de saúde sentinela: estratégia para vigilância de serviços e produtos de saúde pós-comercialização*. Brasília: Autor.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2007). *Relatório de avaliação para UGP projeto HS*. Brasília: Autor.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Rede sentinela farmacovigilância hospitalar*. Palestra de Farmacovigilância Hospitalar, dezembro de 2010. Recuperado em 11 de julho, 2011, de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6cfb12804ab17ceaab2cef4600696f00/Farmacovigilancia+Hospitalar+-+dez+2010.pdf?MOD=AJPERES>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2011). *Critérios para credenciamento de instituições na rede sentinela (ano 2011)*. Recuperado em 19 de janeiro, 2013, de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e03843804ac6f0b19f29bfa337abae9d/Crit%C3%A9rios%2Bpara%2Bcredenciamento%2Bna%2BRede%2BRentinela%2B2011.pdf?MOD=AJPERES>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). *Serviços de saúde: rede sentinela*. Recuperado em 20 de maio, 2012, de <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/hsentinela/index.htm>.
- Arrowsmith, S., Linarelli, J. & Wallace, D., Jr. (2000). *Regulating public procurement* (1a ed.). London: Kluwer Law International.

- Batista, M. A. C. (2006). *Modelo de gestão da informação: uma proposta para acompanhamento de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde – C&T/S*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil. Disponível: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3948/2/000010.pdf>
- Baily, P. J. H., Farmer, D., Jessop, D. & Jones, D. (2000). *Compras: princípios e administração* (1a ed., A. B. Brandão, Trad.). São Paulo: Atlas.
- Bevilacqua, G., Farias, M. R. & Blatt, C. R. (2011). Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 583-589. doi: 10.1590/S0034-89102011005000020
- Bittar, O. J. N. V. (2000). Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(1), 70-76. doi: 10.1590/S0104-42302000000100011
- Boer, L., Harink, J. & Heijboer, G. (2002). A conceptual model for assessing the impact of electronic procurement. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 8(1), 25-33. doi: 10.1016/S0969-7012(01)00015-6
- Bolton, P. (2006). Government procurement as a policy tool in South Africa. *Journal of Public Procurement*, 6(3), 193-217.
- Broboski, J. & Almeida, R. F. S. (2005, outubro). Pregão: a nova modalidade de licitação e a sua aplicabilidade na Itaipu binacional. *Anais do II Seminário de Gestão de Negócios*, Curitiba, PR, Brasil, 26.
- Buelow, J. R., Zuckweiler, K. M. & Rosacker, K. M. (2010). Evaluation methods for hospital projects. *Hospital Topics*, 88(1), 10-17. doi: 0.1080/00185860903534182
- Campanario, M. A., Silva, M. M. & Rovai, R. L. (2006). Eficiência de mercado e custos de transação: teoria e estudos de caso da bolsa eletrônica de compras do Estado de São Paulo e da central de suprimentos do Instituto de Pesquisas Tecnológicas. *Revista de Administração*, 41(3), 288-300.



Carvalho, M. M., & Rabechini, R., Jr. (2011). *Fundamentos em gestão de projetos* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1998). Brasília. Recuperado em 26 de dezembro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm).

Costa, R. F. (1995). *Avaliando compras: como medir o desempenho de um departamento de compras*. São Paulo: DFC.

Croom, S. R. (2000). The impact of web-based procurement on the management of operating resources supply. *Journal of Supply Chain Management*, 36(1), 4-13. doi: 10.1111/j.1745-493X.2000.tb00065.x

Croom, S. R. & Brandon-Jones, A. (2005). Key issues in e-procurement: procurement implementation and operation in the public sector. *Journal of Public Procurement*, 5(3), 367-387.

Dias, M. & Costa, R. F. (2000). *Manual do comprador: conceitos, técnicas e práticas indispensáveis em um departamento de compras*. São Paulo: Edicta.

Essig, M. & Arnold, U. (2001). Electronic procurement in supply chain management: an information economics-based analysis of electronic markets. *Journal of Supply Chain Management*, 37(4), 43-49. doi: 10.1111/j.1745-493X.2001.tb00112.x

Faria, E. R., Ferreira, M. A. M., Santos, L. M. & Silveira, S. F. R. (2010). Fatores determinantes na variação dos preços dos produtos contratados por pregão eletrônico. *Revista de Administração Pública*, 44(6), 1405-1428. doi: 10.1590/S0034-76122010000600007

Feldman, L. B., Gatto, M. A. F. & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-219. doi: 10.1590/S0103-21002005000200015

- Fiani, R. (2002). Teoria dos Custos de Transação. In D. Kupfer, & L. Hasenclever (Ed.). *Economia Industrial*. (Chap. 12, pp. 269-271). São Paulo: Elsevier.
- Gordon, S. B., Zemansky, S. D. & Sekwat, A. (2000). The public purchasing profession revisited. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 12(2), 248-271.
- Governo do Estado de São Paulo. (2012). *Bolsa eletrônica de compras*. Recuperado em 16 de abril, 2012, de <http://www.bec.sp.gov.br>.
- Governo do Estado de São Paulo. (2012). *Manual do pregão eletrônico autoridade competente pregoeiro* [Manual]. São Paulo: Escola Fazendária do Estado de São Paulo - Fazesp.
- Gusmão, J. H. C. (2004). *Pregão: nova modalidade de licitação*. João Pessoa: UFPB.
- Herrmann, I. (1999). Licitações públicas no Brasil: explorando o conceito de ineficiência por desenho. *Revista de Administração*, 34(2), 29-38.
- Hillson, D. (2001). Extending the risk process to manage opportunities. *International Journal of Project Management*, 20(3), 235-240. doi: 10.1016/S0263-7863(01)00074-6
- Hopkin, P. (2010). *Fundamentals of risk management: understanding, evaluating, and implementing effective risk management*. London: Kogan Page.
- Infante, M. & Santos, M. A. B. (2007). A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 945-954. doi: 10.1590/S1413-81232007000400016
- Kerzner, H. (2009). *Project Management: a systems approach to planning, scheduling and controlling* (10a ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Knight, L., Caldwell, N., Harland, C. & Telgren, J. (2003). *Government reform and public procurement*. Academic Report of the First Workshop, International Research Study of Public Procurement, April 10-12, 2003. Budapest, Hungary.
- Kumar, A., Ozdamar, L. & Ng, C. P. (2005). Procurement performance measurement system in the health care industry. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(2), 152-166. doi: 10.1108/09526860510588179
- Kuwabara, C. C. T., Évora, Y. D. M. & Oliveira, M. M. B. (2010). Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 943-951. doi: 10.1590/S0104-11692010000500015
- Langabeer, J. (2008). Hospital turnaround strategies. *Hospital Topics*, 86(2), 3-10. doi: 10.3200/HTPS.86.2.3-12.
- Lei n. 8.666, de 21 jun. 1993*. (1993). Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília. 2000. Recuperado em 26 de dezembro, 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm).
- Luiza, V. L., Osorio de Castro, C. G. S. & Nunes, J. M. (1999). Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade - custo. *Caderno de Saúde Pública*, 15(4), 769-776. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400011
- Luppi, C. H. B. (2010). *Gerenciamento do risco sanitário hospitalar na área de tecnovigilância - análise retrospectiva e prospectiva das notificações de queixas técnicas, incidentes e eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos, materiais médico-hospitalares e kits diagnósticos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp*. Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil. Disponível: [http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064006P8/2010/luppi\\_chb\\_dr\\_botfm.pdf](http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064006P8/2010/luppi_chb_dr_botfm.pdf)

- Malik, A. M. (1996). Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos Fundap*, 19(1), 7-24.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas* (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Matthews, D. (2005). Strategic procurement in the public sector: a mask for financial and administrative policy. *Journal of Public Procurement*, 5(3), 388-399.
- Meirelles, H. L. (2004). *Direito administrativo brasileiro* (29a ed.). São Paulo: Malheiros.
- Melo, M. A. (1996). Governance e reforma do Estado: o paradigma agente X principal. *Revista do Serviço Público*, 120(1), 67-82.
- Menezes, R. A., Silva, R. B. & Linhares, A. (2007). Leilões eletrônicos reversos multiatributo: uma abordagem de decisão multicritério aplicada às compras públicas brasileiras. *Revista de Administração Contemporânea*, 11(3), 11-33. doi: 10.1590/S1415-6552007000300002
- Nascimento, G. F., Gomes, E. B. F., Becalli, A. M., Souza, S. & Corcetti, E. (2011, outubro). A qualidade dos produtos adquiridos por pregão eletrônico e a sua relação com a sala de aula no Ccaufes. *Anais do VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, Resende, RJ, Brasil, 15.
- Neves, W. V., Jr. (2004). *Gestão hospitalar: programa brasileiro de acreditação e sistemas de indicadores*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Disponível: [http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1841](http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1841)
- Nunes, J., Lucena, R. L. & Silva, O. G. (2007). Vantagens e desvantagens do pregão na gestão de compras do setor público: o caso da Funasa - PB. *Revista do Serviço Público*, 58(2), 227-243.
- Okazaki, R. (2006). *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*.

- Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil. Disponível: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2335/57659.pdf?sequence=2>
- Osmonbekov, T., Bello, D. C. & Gilliland, D. I. (2002). Adoption of electronic commerce tools in business procurement: enhanced buying center structure and processes. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 17(2), 151-166. doi: 10.1108/08858620210419781
- Paim, J. S. & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40(n.spe), 73-78. doi: 10.1590/S0034-89102006000400011
- Paulus, A., Jr. (2005). Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 7(1), 30-45.
- Pereira, J. B. (2009). *A dinâmica da disseminação de inovações nos serviços públicos: estudo de iniciativas premiadas pelo concurso da ENAP*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Disponível: <http://ppga.unb.br/arquivos/monografias/2b98161cc7c6aa76c66fdf955757e181.pdf>
- Pinheiro, A. C. & Saddi, J. (2005). *Direito, economia e mercados* (1a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Piovesan, M. F. (2002). *A construção política da agência nacional de vigilância sanitária*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/piovesmfm/capa.pdf>
- Pizzoli, L. M. L. (2004). Uma visão holística para aquisição de materiais técnicos hospitalares. *Nursing*, 78(7), 40-45.
- Project Management Institute. (2008). *Um guia do conjunto de conhecimentos em gerenciamento de projetos - guia PMBOK* (4a ed.). Pennsylvania: Autor.

- Rabêlo, R. B. (2007). *Vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde: o desafio da rede sentinela*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil. Disponível: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007rabelo-rbl.pdf>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Sa Couto, J. (2008). Project management can help reduce cost and improve quality in health care services. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(1), 48-52. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00789.x
- Schiele, J. J. & McCue, C. P. (2006). Professional service acquisition in public sector procurement: a conceptual model of meaningful involvement. *International Journal of Operations & Production Management*, 26(3), 300-325. doi: 10.1108/01443570610646210
- Snider, K. F. & Rendon, R. G. (2008). Public procurement policy: implications for theory and practice. *Journal of Public Procurement*, 8(3), 310-333.
- Soriano, D. R. (2001). Quality in the consulting service - evaluation and impact: a survey in Spanish firms. *Managing Service Quality*, 11(1), 40-48. <http://dx.doi.org/10.1108/09604520110359366>
- Stanley, L. L. & Wisner, J. D. (2001). Service quality along the supply chain: implications for purchasing. *Journal of Operations Management*, 19, 287-306.
- Tanaka, O. Y. & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 821-828. doi: 10.1590/S1413-81232012000400002
- Thai, K. V. (2001). Public procurement re-examined. *Journal of Public Procurement*, 1(1), 9-50.

- West, D. C. (1997). Purchasing professional services: the case of advertising agencies. *International Journal of Purchasing and Materials Management*, 33(3), 2-9. doi: 10.1111/j.1745-493X.1997.tb00025.x
- Williamson, O. E. (1985). *The economics institutions of capitalism*. New York: The Free Press.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3a ed., D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984)

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA UTILIZADO COM A GERENTE DE COMPRAS**

- 1) Antes da implantação do Projeto Sentinela na instituição (2003), existia uma preocupação da equipe de apoio com a qualidade dos insumos adquiridos nas compras públicas (licitações)?
- 2) A especificação técnica dos produtos no edital leva em conta a ajuda da Equipe Sentinela? Em caso positivo, quando foi o seu início? (data presumida)
- 3) Houve casos em que a equipe Sentinela não ficou satisfeita com o resultado da licitação? Por quê?
- 4) Nos casos em que o resultado da licitação não foi satisfatório para a equipe Sentinela, houve o relato do problema da equipe para o Setor de Compras (visando algum tipo de melhoria)?
- 5) De que forma a equipe Sentinela subsidia a tomada de decisão do Setor de Compras na pós-aquisição?
- 6) O(a) senhor(a) acredita numa possível melhora do processo de aquisições caso pudesse ser feito um maior detalhamento dos editais? (a construção dos editais é um fator a ser considerado nas aquisições?)
- 7) Existiram fornecedores de insumos para a equipe Sentinela que trouxeram problemas como atraso na entrega, produtos de baixa qualidade e outros? Após a implementação do projeto, houve a minimização desses problemas?



## APÊNDICE B – RELATÓRIO DO PLANO DE MELHORIA



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)

Este documento visa orientar o Gerente de Risco para a Formulação e Aplicação de Plano de Melhorias a ser instituído no Projeto Hospital Sentinela.

1. Nome do Projeto:
2. Equipe envolvida: (recursos humanos participante do projeto: nome e formação)
3. Área: Indicar a área a ser escolhida para aplicação do Plano de Melhorias
4. Justificativa e Descrição do Problema: Descrição geral da situação atual da área, e relato detalhado dos problemas encontrados pelo Gerente de Risco e Equipe;
5. Melhorias Propostas: Listar as Melhorias que poderão surgir com aplicação do projeto.
6. Objetivos;
  - 6.1 Objetivo Geral: Descrição mais ampla do Objetivo que se pretende alcançar ao final do projeto
  - 6.2 Objetivos Específicos: Descrição mais detalhada dos objetivos
7. Ação: Descrição das ações e/ou atividades a serem desenvolvidas para a aplicação do projeto
8. Implementação: Estrutura Organizacional - descrição do(s) Setor (e)s onde será aplicado o projeto e atribuição deste(s).
9. Etapas e Cronograma: Descrição das etapas e datas de execução do Projeto
10. Controle e Avaliação: Elaboração de Relatórios com cronograma a ser definido pelo Gerente de Risco a ser destinado a Direção do Hospital.
11. Resultados: Descrição detalhada das melhorias evidenciadas por meio da aplicação do Plano.
12. Relatório Final: Elaboração de um Relatório Final a ser enviado para GVISS, pelo e-mail: [uhosp@anvisa.gov.br](mailto:uhosp@anvisa.gov.br).

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: *Gestão da Qualidade nas aquisições públicas: um estudo de caso numa instituição pertencente à Rede Sentinela.*

Instituição: *Universidade Nove de Julho*

Pesquisador Responsável: *Anette Cristine Ferreira Cavalcanti* [Mestranda em Gestão de Projetos]

Orientador do Estudo: *Prof. Dr. Leonel Cesarino Pessôa*

Eu \_\_\_\_\_, declaro que aceito participar do estudo científico intitulado “*Gestão da Qualidade nas aquisições públicas: um estudo de caso numa instituição pertencente à Rede Sentinela*”.

Minha participação é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo.

Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com a pesquisadora ou com a Instituição que ela representa.

Estou ciente de que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, porém, sendo garantida a confidencialidade de minha identidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Qualquer esclarecimento que eu necessite, deverei entrar em contato com Anette Cristine Ferreira Cavalcanti, pelos telefones: (11) 2628-7554 e (11) 9690-5689.

\_\_\_\_\_,                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.  
Local    Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE D – EVOLUÇÃO PROJETO PNUD BRA/97/042



[Sobre o PNUD](#) [Notícias](#) [Oportunidades](#) [Licitações e Contratos](#) [PNUD Global](#)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Buscar

[Nosso Trabalho](#)

[Objetivos de Desenvolvimento do Milênio](#)

[IDH](#)

[Voluntários](#)

[Home](#) [Projetos](#)

### Projetos PNUD Brasil

PROJETO	BRA/97/042
TÍTULO	Plano de Reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária
ENTIDADE EXECUTORA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde
ENDEREÇO COORDENAÇÃO	SEPN, quadra 515, bloco B, Edifício Ômega, 4º andar, sala 9, CEP 70770-502, Brasília, DF
LOCAL	
UF	
OBJETIVO	Apoiar técnica e financeiramente, durante cinco anos, todas as etapas da implementação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, cooperando no estabelecimento de condições técnico-operacionais adequadas ao seu pleno funcionamento.
RESULTADO ESPERADO	Apoiar técnica e financeiramente as etapas iniciais de transformação da Secretaria de Vigilância Sanitária em Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a sua qualificação como Agência Executiva. Alcançar a plena autonomia da Agência, até o final do período de cinco anos previstos para o projeto. Agência Nacional de Vigilância Sanitária constituída e instalada, Secretaria de Vigilância Sanitária extinta. Qualificar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária como Agência Executiva. Implementar e acompanhar o Plano Estratégico de Desenvolvimento Institucional. Implantar Sistemas Gerenciais e de Informação. Elaborar e executar Programa de Desenvolvimento de R. H. elaborado e executado.
RESULTADO OBTIDO	Elaboração e aprovação do Plano Estratégico de Desenvolvimento Institucional, implantação e utilização dos indicadores de desempenho para decisões da ANVS, 150 funcionários qualificados e exercendo a função, 50 treinamentos realizados com recursos próprios e com recursos do projeto, 1.800 fiscais dos demais parceiros (estados, municípios e Distrito Federal) capacitados e três cursos de pós-graduação lato e stricto sensu na área de vigilância sanitária oferecidos em universidades e escolas de saúde pública.
DATA DE INÍCIO	31/12/2002
DATA DE TÉRMINO	
DATA DE CONCLUSÃO	19/12/2007
ORÇAMENTO	US\$ 22.595.587 — Total US\$ 22.595.587 — Governo do Brasil Total implementado até 2007: US\$ 19.004.433,88
UNIDADE	Políticas Públicas e Sociais  Responsável no PNUD: Joaquim Roberto da Silva Paiva Fernandes
LINK	
ENCERRADO	SIM

#### Notícias Relacionadas

[Maioria dos médicos não sabe prescrever bem, afirma pesquisa realizada na UNESP](#)  
27 Abril 2004

[Evento em SP discute falhas hospitalares](#)  
27 Abril 2004

[Em andamento](#) [Encerrados](#)

ATLAS	PROJETO	TÍTULO	STATUS	DT. INÍCIO	DT. TÉRMINO
00011651	<a href="#">BRA99025</a>	BRA/99/025-AGROEXTRATIVISMO DA AMAZONIA	On Going	01/12/1999	31/01/2010
00011658	<a href="#">BRA00009</a>	BRA/00/009 - CONSERVATION UNITS - IBAMA	On Going	14/04/2000	31/12/2012
00011660	<a href="#">BRA99G32</a>	BRA/99/G32 - HYDROGEN FUEL CELL BUSES	On Going	03/08/2001	31/12/2014
00011663	<a href="#">BRA00016</a>	BRA/00/016 - MODERNIZ. SIST. PREVIDENCIARIO	On Going	04/08/2000	30/06/2010
00011664	<a href="#">BRA00022</a>	BRA00022 SUPPORT PUBLIC POLICIES FOR SUSTAINABLE DEVELOP	On Going	25/06/2001	30/09/2012

## APÊNDICE E – EVOLUÇÃO PROJETO PNUD BRA/04/010



[Sobre o PNUD](#) [Notícias](#) [Oportunidades](#) [Licitações e Contratos](#) [PNUD Global](#)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Buscar

[Nosso Trabalho](#)

[Objetivos de Desenvolvimento do Milênio](#)

[IDH](#)

[Voluntários](#)

[Home](#) [Projetos](#)

### Projetos PNUD Brasil

PROJETO	BRA/04/010
TÍTULO	Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós- Comercialização
ENTIDADE EXECUTORA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
ENDEREÇO COORDENAÇÃO	ANVISA  SEPN - W3 Norte - Quadra 511  Bloco A - Ed. Bittar II - Sede II - 1o. andar  Sala 117
LOCAL	Todo o território nacional
UF	
OBJETIVO	Contribuir para maior segurança sanitária de serviços e produtos de saúde utilizados na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população brasileira, reduzindo o risco de ocorrência de eventos adversos e assegurando maior qualidade de vida à população assistida.
RESULTADO ESPERADO	1) Sistema de informações que assegure as ações de Vigilância Sanitária de serviços e produtos de saúde pós-comercialização sistematizado e consolidado; 2) ANVISA consolidada como Agência Reguladora de Produtos e Serviços de Saúde e como órgão central do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
RESULTADO OBTIDO	
DATA DE INÍCIO	20/05/2004
DATA DE TÉRMINO	
DATA DE CONCLUSÃO	30/06/2012
ORÇAMENTO	Total: US\$ 12.252.173 - Governo Federal Total implementado até 2011: US\$ 9.628.732,25
UNIDADE	Políticas Sociais  Responsável no PNUD: Joaquim Roberto Fernandes
LINK	
ENCERRADO	NÃO

#### Notícias Relacionadas

[Produto médico é maior queixa de hospitais](#)  
19 Setembro 2007

[Em andamento](#) [Encerrados](#)

ATLAS	PROJETO	TÍTULO	STATUS	DT. INÍCIO	DT. TÉRMINO
00011651	<a href="#">BRA99025</a>	BRA/99/025-AGROEXTRATIVISMO DA AMAZONIA	On Going	01/12/1999	31/01/2010
00011658	<a href="#">BRA00009</a>	BRA/00/009 - CONSERVATION UNITS - IBAMA	On Going	14/04/2000	31/12/2012
00011660	<a href="#">BRA99G32</a>	BRA/99/G32 - HYDROGEN FUEL CELL BUSES	On Going	03/08/2001	31/12/2014
00011663	<a href="#">BRA00016</a>	BRA/00/016 - MODERNIZ. SIST. PREVIDENCIARIO	On Going	04/08/2000	30/06/2010
00011664	<a href="#">BRA00022</a>	BRA00022 SUPPORT PUBLIC POLICIES FOR SUSTAINABLE DEVELOP	On Going	25/06/2001	30/09/2012
00011665	<a href="#">BRA00020</a>	BRA/00/020 – ENVIR. MNGMT & CTRL	On Going	01/07/2001	30/12/2011
00011666	<a href="#">BRA00G31</a>	BRA00G31 BIODIVERS. CONSERVATION NORTHWESTERN MATO GROSSO	On Going	01/10/2000	31/12/2012
00011668	<a href="#">BRA00043</a>	BRA00043 PROGRAM FOR QUALITY AND PRODUCTIVITY OF HABITAT	On Going	01/12/2000	30/09/2011
00011670	<a href="#">BRA00021</a>	BRA00021STRENGTHENING SECRETARIAT OF BIODIVERSITY&FOREST	On Going	15/07/2001	30/06/2012

## APÊNDICE F – RELAÇÃO DE HOSPITAIS DA REDE SENTINELA

### AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

#### PORTARIA Nº. 1.693, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2011

Dispõe sobre Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de recondução de 11 de outubro de 2011, da Presidenta da República, publicado no DOU de 13 de outubro de 2011 e o inciso X do art. 13 do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, tendo em vista o disposto no inciso VIII do art. 16 e no inciso IV, § 3º do art. 55 do Regimento Interno da ANVISA, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria n.º 354, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º Tornar pública a composição da Rede Sentinela, nos termos do documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br> e conforme previsto na revisão do PRODOC 004/10 - Projeto BRA 04/010 - Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós-Comercialização (Projeto Hospitais Sentinela - PHS).

Art. 2º Permanece facultada a todo e qualquer Estabelecimento de Atenção a Saúde solicitar credenciamento na referida Rede, em qualquer dos perfis definidos, a qualquer momento. Do mesmo modo, a partir desta data, as instituições que já fizeram a referida solicitação e não constam nesta lista, poderão ser reconhecidas como participantes da Rede, com envio de documentos em aberto após nova avaliação.

Art. 3º O prazo de análise de documentos para credenciamento é de no mínimo 30 e de no máximo 60 dias, incluídas aqui as solicitações para complementar documentos, quando for o caso. As publicações de novos integrantes da Rede Sentinela ocorrerão, nos meios públicos oficiais, e com divulgação no site da ANVISA, em intervalos mínimos de 60 dias.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

### ANEXO

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	Hospital Infantil Yolanda Costa e Silva - Hospital da Criança	Acre	Rio Branco	X			
2	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	Alagoas	Maceió	X		X	
3	MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA -MESM	Alagoas	Maceió	X			
4	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes/UFAL	Alagoas	Maceió	X			
5	Hospital Universitário Getúlio Vargas	Amazonas	Manaus	X	X		
6	Hospital Universitário Francisca Mendes	Amazonas	Manaus	X	X		
7	REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICENCIA - HOSPITAL ESPANHOL	Bahia	Salvador	X			
8	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE	Bahia	Salvador	X			

	PROMOÇÃO SANITÁRIA – HOSPITAL SÃO RAFAEL						
9	Hospital Geral Cleriston Andrade	Bahia	Feira de Santana	X			
10	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	Ceará	Fortaleza	X	X	X	X
11	Hospital Geral de Fortaleza	Ceará	Fortaleza	X	X	X	X
12	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	Ceará	Fortaleza	X		X	
13	HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	Ceará	Fortaleza	X		X	
14	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	Ceará	Fortaleza	X			
15	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	Ceará	Sobral	X			
16	Hospital Infantil Albert Sabin	Ceará	Fortaleza	X			
17	Hospital Universitário de Brasília	Distrito Federal	Brasília	X	X	X	
18	HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	Distrito Federal	Brasília	X		X	
19	Hospital Regional da Asa Norte	Distrito Federal	Brasília	X		X	
20	Hospital Regional de Sobradinho	Distrito Federal	Brasília	X			
21	Hospital Regional do Gama	Distrito Federal	Brasília	X			
22	Hospital Anchieta	Distrito Federal	Brasília	X			
23	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Espírito Santo	Vitória	X			
24	HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG	Goiás	Goiânia	X	X		
25	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO	Maranhão	São Luís	X		X	
26	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	X	X	X	
27	Santa Casa de Misericórdia de Passos	Minas Gerais	Passos	X	X		
28	Hospital Regional Antônio Dias	Minas Gerais	Patos de Minas	X	X		
29	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE UBERABA	Minas Gerais	Uberaba	X	X		
30	Hospital das Clínicas da UFMG	Minas Gerais	Belo Horizonte	X	X		
31	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Minas Gerais	Carangola	X			
32	HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA	Minas Gerais	Ponte Nova	X			
33	Hospital Governador Israel Pinheiro	Minas Gerais	Belo Horizonte	X			
34	HOSPITAL ALBERT SABIN	Minas Gerais	Juiz de Fora	X			
35	Hospital Unimed Poços de Caldas	Minas Gerais	Poços de Caldas	X			
36	Hospital das Clínicas Samuel Libânio	Minas Gerais	Pouso Alegre	X			
37	Hospital João XXIII	Minas Gerais	Belo Horizonte	X			
38	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES	Minas Gerais	Belo Horizonte	X			
39	Hospital Universitário Clemente de Faria	Minas Gerais	Montes Claros	X			
40	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF	Minas Gerais	Juiz de Fora	X			
41	Fundação Cristiano Varella - Hospital do Câncer de Muriaé	Minas Gerais	Muriaé	X			
42	FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPARIANNA	Pará	Belém	X	X		
43	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	Pará	Belém	X	X		
44	HOSPITAL OPHIR LOYOLA	Pará	Belém	X	X		

45	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO	Pará	Belém	X			X
46	Hospital Napoleão Laureano	Paraíba	João Pessoa	X	X	X	
47	Instituto Cândida Vargas	Paraíba	João Pessoa	X	X		
48	Hospital Universitário Alcides Carneiro	Paraíba	Campina Grande	X		X	
49	HEMOCENTRO DA PARAÍBA	Paraíba	João Pessoa	X			X
50	Maternidade Frei Damião	Paraíba	João Pessoa	X			
51	HOSPITAL DE CLINICAS - UFPR	Paraná	Curitiba	X	X	X	X
52	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ	Paraná	Maringá	X		X	
53	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU	Paraná	Curitiba	X			
54	FUNEF - Hospital são Vicente	Paraná	Curitiba	X			
55	Hospital Nossa Senhora das Graças	Paraná	Curitiba	X			
56	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	Paraná	Londrina	X			
57	HOSPITAL ERASTO GAERTNER	Paraná	Curitiba	X			
58	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Paraná	Curitiba	X			
59	IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira	Pernambuco	Recife	X	X	X	
60	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	Pernambuco	Paulista	X			
61	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ S.A (PRONTOLINDA)	Pernambuco	Olinda	X			
62	HOSPITAL DE OLHOS DE PERNAMBUCO	Pernambuco	Recife	X			
63	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CiSAM/UPE	Pernambuco	Recife	X			
64	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ	Pernambuco	Recife	X			
65	Hospital de Olhos de Recife	Pernambuco	Recife	X			
66	INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X	X	X	X
67	Hospital Estadual Rocha Faria	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X	X		
68	Hospital Vita Volta Redonda	Rio de Janeiro	Volta Redonda	X			
69	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
70	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
71	Hospital do Câncer II	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
72	Hospital de Câncer I/INCA -MS	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
73	Centro de Transplante de Medula Óssea/INCA - MS	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
74	INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
75	Instituto Nacional de Cardiologia	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
76	HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
77	HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
78	Hospital universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
79	Hospital do Câncer III	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			
80	Hospital Universitário São Francisco de Paula	Rio Grande do Sul	Pelotas	X	X	X	X
81	Associação Hospitalar Moinhos de Vento	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X	X	X	X
82	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X	X	X	
83	Hospital Fêmina	Rio Grande	Porto Alegre	X	X	X	

		do Sul					
84	Hospital Cristo Redentor S.A.	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X	X	X	
85	Hospital São Lucas da PUC/RS	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X		X	X
86	Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo	Rio Grande do Sul	Passo Fundo	X		X	
87	Hospital Mãe de Deus	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X			X
88	Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Rondônia	Rondônia	Porto Velho	X			
89	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Rondônia	Porto Velho	X			
90	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago	Santa Catarina	Florianópolis	X	X	X	X
91	Maternidade Darcy Vargas	Santa Catarina	Joinville	X	X		
92	Hospital Infantil Pequeno Anjo	Santa Catarina	Itajaí	X	X		
93	Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade	Santa Catarina	Florianópolis	X			
94	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Santa Catarina	Joinville	X			
95	Hospital e Maternidade Santa Luíza	Santa Catarina	Balneário Camboriú	X			
96	Soc. Lit. e Carit. Santo Agostinho	Santa Catarina	Criciúma	X			
97	MATERNIDADE CARMELA DUTRA	Santa Catarina	Florianópolis	X			
98	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS	Santa Catarina	Florianópolis	X			
99	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	Santa Catarina	Joinville	X			
100	Sociedade Divina Providência Hospital Santa Isabel	Santa Catarina	Blumenau	X			
101	HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO	Santa Catarina	Florianópolis	X			
102	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	São Paulo	Ribeirão Preto	X	X	X	X
103	Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemio Pinotti - CAISM / Unicamp	São Paulo	Campinas	X	X	X	X
104	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP	São Paulo	Botucatu	X	X	X	X
105	Hospital de Clínicas da UNICAMP	São Paulo	Campinas	X	X	X	
106	Hospital Israelita Albert Einstein	São Paulo	São Paulo	X	X	X	
107	Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	São Paulo	São Paulo	X	X		
108	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	São Paulo	São Paulo	X	X		
109	Hospital Regional de Cotia	São Paulo	Cotia	X	X		
110	HOSPITAL PADRE ALBINO	São Paulo	Catanduva	X	X		
111	Hospital Geral de Itapeçerica da Serra	São Paulo	Itapeçerica da Serra	X	X		
112	HOSPITAL SAMARITANO SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X		X	
113	HOSPITAL SANTA MARCELINA	São Paulo	São Paulo	X		X	
114	Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês	São Paulo	São Paulo	X		X	
115	Fundação Antonio Prudente – Hospital A. C. Camargo	São Paulo	São Paulo	X		X	
116	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	São Paulo	São Paulo	X			X
117	Instituto de Ortopedia e	São Paulo	São Paulo	X			X



	Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo						
118	Fundação Pró-Sangue / Hemocentro de São Paulo	São Paulo	São Paulo	X			X
119	Associação do Santório Sfrío – Hospital do Coração	São Paulo	São Paulo	X			X
120	Hospital Infantil Sabará	São Paulo	São Paulo	X			
121	Hospital Geral de Guarulhos – HGG	São Paulo	Guarulhos	X			
122	Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio-Tatuapé	São Paulo	São Paulo	X			
123	Hospital Local Sapopemba “Dr.David Capistrano Filho” – HCFMUSP	São Paulo	São Paulo	X			
124	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	São Paulo	São Paulo	X			
125	Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	São Paulo	São Paulo	X			
126	INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
127	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – IAMSPE	São Paulo	São Paulo	X			
128	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
129	HOSPITAL AUXILIAR DE SUZANO DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	São Paulo	Suzano	X			
130	Hospital Santa Lucinda	São Paulo	Sorocaba	X			
131	INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
132	INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
133	ACSC - Hospital Santa Catarina	São Paulo	São Paulo	X			
134	HOSPITAL CENTRAL DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
135	Instituto de Reabilitação Lucy Montoro	São Paulo	São Paulo	X			
136	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca	São Paulo	Franca	X			
137	Hospital Municipal Vereador José Storopoli / SPDM	São Paulo	São Paulo	X			
138	Hospital Escola Emilio Carlos	São Paulo	Catanduva	X			
139	Fundação Centro Médico de Campinas	São Paulo	Campinas	X			
140	Hospital Estadual Bauru	São Paulo	Bauru	X			
141	Hospital Municipal Antonio Giglio	São Paulo	Osasco	X			
142	HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	São Paulo	Santo André	X			
143	Hospital de Ensino Fundação do ABC	São Paulo	São Bernardo do Campo	X			
144	Hospital de Ensino Fundação do ABC	São Paulo	São Bernardo do Campo	X			
145	Hospital Unimed Sorocaba - Dr. Miguel Vila Nova Soeiro	São Paulo	Sorocaba	X			

146	Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington	São Paulo	São Paulo	X			
147	Hospital Amaral Carvalho	São Paulo	Jaú	X			

Publicado no DOU de 9.11.2011, Seção I, pp. 30-33.

## AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### PORTARIA Nº. 523, DE 4 DE ABRIL DE 2012

Dispõe sobre Acréscimos à Composição da Rede Sentinela.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de recondução de 11 de outubro de 2011, da Presidenta da República, publicado no DOU de 13 de outubro de 2011 e o inciso X do art. 13 do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, tendo em vista o disposto no inciso VIII do art. 16 e no inciso IV, § 3º do art. 55 do Regimento Interno da ANVISA, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria n.º 354, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º Tornar pública a entrada de novos componentes na Rede Sentinela, listados no Anexo I, em complemento à Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, nos termos do documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br> (<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/qG> ou <http://migre.me/8socz>) e conforme previsto na revisão do PRODOC 004/10 - Projeto BRA 04/010 - Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós-Comercialização (Projeto Hospitais Sentinela - PHS).

Art. 2º Tornar pública a alteração no perfil de credenciamento na Rede Sentinela das instituições listadas no Anexo II.

Art. 3º As instituições aqui nomeadas, bem como aquelas publicadas na Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, estão sujeitas aos critérios de permanência na Rede Sentinela previstos no documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br>.

Art. 4º Permanece facultada a todo e qualquer Estabelecimento de Atenção a Saúde solicitar credenciamento na referida Rede, em qualquer dos perfis definidos, a qualquer momento. Do mesmo modo, a partir desta data, as instituições que já fizeram a referida solicitação e não constam nesta lista, poderão ser reconhecidas como participantes da Rede, com envio de documentos em aberto após nova avaliação.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

## ANEXO I

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE	Acre	Rio Branco	X			
2	COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	Bahia	Salvador	X	X	X	
3	Hospital Santa Izabel	Bahia	Salvador	X	X	X	
4	Instituto Dr. José Frota	Ceará	Fortaleza	X			
5	HOSPITAL SÃO DOMINGOS	Maranhão	São Luís	X			
6	Hospital Universitário Júlio Muller	Mato Grosso	Cuiabá	X			
7	Hospital Unimed Campo Grande	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	X			
8	Hospital Dia e Maternidade Unimedbh	Minas Gerais	Belo Horizonte	X			
9	Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo	Minas Gerais	Muriaé	X			
10	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Minas Gerais	Uberaba	X	X		
11	Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Minas Gerais	Uberlândia	X			X
12	Hospital São João Batista	Minas Gerais	Viçosa	X			
13	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Paraná	João Pessoa	X			
14	Hospital Pequeno Príncipe	Paraná	Curitiba	X	X	X	
15	Hospital Agamenon Magalhães	Pernambuco	Recife	X			
16	HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS	Pernambuco	Recife	X			
17	Hospital Universitário Antonio Pedro	Rio de Janeiro	Niterói	X			
18	Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			X
19	Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Ferreira Bezerra/UFRN	Rio Grande do Norte	Natal	X			
20	Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	Rio Grande do Norte	Natal	X			
21	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES	Rio Grande do Norte	Natal	X			X
22	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANA BEZERRA	Rio Grande do Norte	Santa Cruz	X	X		
23	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	Rio Grande do Sul	Pelotas	X			
24	HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	X			
25	Hospital Universitário de Santa Maria	Rio Grande do Sul	Santa Maria	X			
26	Fundação Hospitalar Blumenau	Santa Catarina	Blumenau	X			
27	Hospital Santa Catarina	Santa Catarina	Blumenau	X			
28	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Santa Catarina	Itajaí	X			
29	Centro Hospitalar Unimed Joinville	Santa Catarina	Joinville	X			
30	Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes	Santa Catarina	São José	X			
31	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Santa Catarina	Tubarão	X			
32	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	São Paulo	Campinas	X			
33	Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	São Paulo	Itapeva	X			
34	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos	São Paulo	Santos	X			
35	Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto	São Paulo	São José do Rio Preto	X			
36	Hospital Auxiliar de Cotoxó do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de	São Paulo	São Paulo	X			

	São Paulo						
37	Hospital Estadual Sapopemba	São Paulo	São Paulo	X			
38	Hospital Municipal Dr Arthur Ribeiro de Saboya	São Paulo	São Paulo	X			
39	HOSPITAL SAO PAULO	São Paulo	São Paulo	X			
40	Hospital de Urgência de Sergipe	Sergipe	Aracaju	X			
41	Hospital Geral de Palmas	Tocantins	Palmas	X			

## ANEXO II

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF	Minas Gerais	Juiz de Fora	X		X	

Publicado no DOU de 5.4.2012, Seção I, p. 44.

## AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### PORTARIA Nº. 860, DE 11 DE JUNHO DE 2012

Dispõe sobre Acréscimos a Composição da Rede Sentinela.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de recondução de 11 de outubro de 2011, da Presidenta da República, publicado no DOU de 13 de outubro de 2011, e tendo em vista o disposto no inciso IX do art. 13 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, aliado ao que dispõem o inciso VII do art. 16, o inciso IV e o § 3º do art. 55 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I, da Portaria n.º 354, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º Tornar pública a entrada de novos componentes na Rede Sentinela, listados no Anexo, em complemento à Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, nos termos do documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br> e conforme previsto na revisão do PRODOC 004/10 - Projeto BRA 04/010 - Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós-Comercialização (Projeto Hospitais Sentinela - PHS).

Art. 2º As instituições aqui nomeadas, bem como aquelas publicadas na Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011 e Portaria nº 523 de 04 de abril de 2012, estão sujeitas aos critérios de permanência na Rede Sentinela previstos no documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br>.

Art. 3º Permanece facultada a todo e qualquer Estabelecimento de Atenção a Saúde solicitar credenciamento na referida Rede, em qualquer dos perfis definidos, a qualquer momento. Do mesmo modo, a partir desta data, as instituições que já fizeram a referida solicitação e não constam nesta lista, poderão ser reconhecidas como participantes da Rede, com envio de documentos em aberto após nova avaliação.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

### ANEXO

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	Hospital Mater Dei	Minas Gerais	Belo Horizonte	X			
2	ACSC- Casa de Saúde São José	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			

Publicado no DOU de 12.06.2012, Seção I, p. 91.

## AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### PORTARIA Nº. 1.460, DE 19 DE OUTUBRO DE 2012

Dispõe sobre Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de recondução de 11 de outubro de 2011, da Presidenta da República, publicado no DOU de 13 de outubro de 2011 e o inciso X do art. 13 do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, tendo em vista o disposto no inciso VIII do art. 16 e no inciso IV, § 3º do art. 55 do Regimento Interno da ANVISA, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º Tornar pública a entrada de novo componente na Rede Sentinela, listado no Anexo I, em complemento à Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, nos termos do documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br> e conforme previsto na revisão do PRODOC 004/10 - Projeto BRA 04/010 - Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós-Comercialização (Projeto Hospitais Sentinela - PHS).

Art. 2º Tornar pública a alteração no perfil de credenciamento na Rede Sentinela da instituição listada no Anexo II.

Art. 3º As instituições aqui nomeadas, bem como aquelas publicadas na Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, estão sujeitas aos critérios de permanência na Rede Sentinela previstos no documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br>.

Art. 4º Permanece facultada a todo e qualquer Estabelecimento de Atenção a Saúde solicitar credenciamento na referida Rede, em qualquer dos perfis definidos, a qualquer

momento. Do mesmo modo, a partir desta data, as instituições que já fizeram a referida solicitação e não constam nesta lista, poderão ser reconhecidas como participantes da Rede, com envio de documentos em aberto após nova avaliação.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

#### ANEXO I

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	Hospital UNIMED Maceió	Alagoas	Maceió	X			

#### ANEXO II

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	Monte Tambor Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária Hospital São Rafael	Bahia	Salvador	X	X	X	X

Publicado no DOU de 22.10.2012, Seção I, p. 61.

### AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

#### PORTARIA Nº. 1.702, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012

Dispõe sobre Acréscimos à Composição da Rede Sentinela.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de recondução de 11 de outubro de 2011, da Presidenta da República, publicado no DOU de 13 de outubro de 2011 e o inciso IX do art. 13 do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, tendo em vista o disposto no inciso VII do art. 16 e no inciso IV, § 3º do art. 55 do Regimento Interno da ANVISA, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria n.º 354, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, resolve:

Art. 1º Tornar pública a entrada de novos componentes na Rede Sentinela, listado no Anexo I, em complemento à Portaria nº 1.693, de 8 de novembro de 2011, nos termos do documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br> e conforme previsto na revisão do PRODOC 004/10 - Projeto BRA 04/010 - Serviços de Saúde Sentinela: Estratégia para Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde Pós-Comercialização (Projeto Hospitais Sentinela - PHS).

Art. 2º A instituição aqui nomeada, bem como aquelas publicadas em Portarias anteriores, estão sujeitas aos critérios de permanência na Rede Sentinela previstos no documento de Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela (Ano 2011), de 08 de abril de 2011, disponível no sítio virtual da ANVISA - <http://www.anvisa.gov.br>.

Art. 3º Permanece facultada a todo e qualquer Estabelecimento de Atenção a Saúde solicitar credenciamento na referida Rede, em qualquer dos perfis definidos, a qualquer momento. Do mesmo modo, a partir desta data, as instituições que já fizeram a referida solicitação e não constam nesta lista, poderão ser reconhecidas como participantes da Rede, com envio de documentos em aberto após nova avaliação.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

#### ANEXO

	Hospital	Estado	Município	Participante	Colaborador	Centro de cooperação	Centro de Referência
1	Hospital Naval Marcílio Dias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	X			

Publicado no DOU de 13.12.2012, Seção I, p. 203.