

ISSN 15169111

**PAPERS DO NAEA Nº 303**

**A SOMA DAS PARTES NÃO É IGUAL AO TODO?  
PLANEJAMENTO DE COMPRAS E OS CUIDADOS DE SAÚDE  
NO HUIB**

**Leila Maria de Souza Serejo  
Ana Paula Vidal Bastos**

**Belém, dezembro de 2012**

**O Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA)** é uma das unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Fundado em 1973, com sede em Belém, Pará, Brasil, o NAEA tem como objetivos fundamentais o ensino em nível de pós-graduação, visando em particular a identificação, a descrição, a análise, a interpretação e o auxílio na solução dos problemas regionais amazônicos; a pesquisa em assuntos de natureza socioeconômica relacionados com a região; a intervenção na realidade amazônica, por meio de programas e projetos de extensão universitária; e a difusão de informação, por meio da elaboração, do processamento e da divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis sobre a região. O NAEA desenvolve trabalhos priorizando a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Com uma proposta interdisciplinar, o NAEA realiza seus cursos de acordo com uma metodologia que abrange a observação dos processos sociais, numa perspectiva voltada à sustentabilidade e ao desenvolvimento regional na Amazônia.

A proposta da interdisciplinaridade também permite que os pesquisadores prestem consultorias a órgãos do Estado e a entidades da sociedade civil, sobre temas de maior complexidade, mas que são amplamente discutidos no âmbito da academia.

**Papers do NAEA - Papers do NAEA** - Com o objetivo de divulgar de forma mais rápida o produto das pesquisas realizadas no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) e também os estudos oriundos de parcerias institucionais nacionais e internacionais, os Papers do NAEA publicam textos de professores, alunos, pesquisadores associados ao Núcleo e convidados para submetê-los a uma discussão ampliada e que possibilite aos autores um contato maior com a comunidade acadêmica.



## **Universidade Federal do Pará**

### **Reitor**

Carlos Edilson de Almeida Maneschy

### **Vice-reitor**

Horacio Schneider

### **Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação**

Emmanuel Zagury Tourinho

## **Núcleo de Altos Estudos Amazônicos**

### **Diretor**

Armin Mathis

### **Diretor Adjunto**

Fábio Carlos da Silva

### **Coordenador de Comunicação e Difusão**

#### **Científica**

Silvio Lima Figueiredo

## **Conselho editorial do NAEA**

Armin Mathis

Edna Maria Ramos de Castro

Fábio Carlos da Silva

Juarez Carlos Brito Pezzuti

Luis Eduardo Aragon

Marília Ferreira Emmi

Nirvia Ravena

Oriana Trindade de Almeida

## **Sector de Editoração**

E-mail: [editora\\_nea@ufpa.br](mailto:editora_nea@ufpa.br)

Papers do NAEA: [papers\\_nea@ufpa.br](mailto:papers_nea@ufpa.br)

Telefone: (91) 3201-8521

Paper 303

Recebido em: 02/11/2012.

Aceito para publicação: 03/12/2012.

Revisão de Língua Portuguesa de responsabilidade do autor.

## A SOMA DAS PARTES NÃO É IGUAL AO TODO? PLANEJAMENTO DE COMPRAS E OS CUIDADOS DE SAÚDE NO HUIB

---

*Leila Maria de Souza Serejo*

*Ana Paula Vidal Bastos*

### **Resumo:**

Este estudo analisa a logística de materiais de uma organização hospitalar pública, objetivando avaliar de que maneira essa logística interfere no alcance dos objetivos da organização. A relevância deste estudo se justifica pela natureza dos serviços prestados pelo hospital e para os quais é de fundamental importância que a logística de materiais seja eficaz. Nesta perspectiva, uma questão importante é a que diz respeito à legislação pertinente à efetivação de compras e contratação de serviços na Administração Pública e os requisitos legais que implicam em cumprimento de normas e prazos, que necessitaria de um regime especial e de uma maior flexibilidade dados os serviços prestados. Foram coletados dados quantitativos por amostragem simples de itens comprados e avaliada a eficiência do uso através de um análise descritiva e dados qualitativos que permitiu fazer análise documental dos procedimentos. O estudo destaca a gestão de materiais como uma estratégia imprescindível para a eficácia da logística, na prestação dos serviços de saúde. Os resultados encontrados apontam para disfunções no processo logístico da organização em estudo e para a maneira pela qual a logística de materiais interfere nos objetivos organizacionais.

**Palavras-Chave:** Planejamento. Saúde. HUIBB.

## **INTRODUÇÃO**

A arte de articular meios e recursos necessários à consecução de objetivos, de forma planejada, coordenada e controlada, utilizando estratégias, não é premissa da sociedade contemporânea. Maximiano (2005) relata sobre evidências de planejamento, organização e controle na construção da Grande Pirâmide, no Egito, no século XXVI a.C., em Roma, no século III a.C., o exército romano, cujo modelo foi seguido por séculos, na China do século VI a.C. na doutrina de Confúcio sobre comportamento ético de cidadãos e governantes e cujos princípios determinaram a seleção na administração pública por séculos. Algumas características atribuídas às organizações desde as primeiras escolas do pensamento administrativo persistem e convergem como ponto comum em diferentes autores, em épocas distintas, alcançando também os dias atuais, tais como a divisão do trabalho, os mecanismos de coordenação, assim como a questão do poder.

A trajetória das organizações tem relação direta com a trajetória da sociedade e as transformações que ocorreram nesse processo histórico. Castells (2002) associa as várias tendências organizacionais que surgiram a partir do processo de reestruturação capitalista e transição industrial. Motta (2001) avalia que as transformações contemporâneas atingiram indústria, comércio e serviços e tornaram as organizações mais complexas, alterando significativamente as formas de produção, as relações de trabalho, as concepções de gerência e as formas de organização do trabalho. Já Mintzberg (2009) assevera que toda atividade humana organizada, desde a mais simples à mais complexa dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas e a coordenação dessas tarefas. Este autor considera os mecanismos de coordenação como os elementos mais básicos da estrutura organizacional, e sustenta que o poder centralizado ao nível da sociedade, resulta em centralização no nível organizacional e gera como consequência a burocratização do uso desse poder.

No presente estudo, tendo como foco uma determinada função fomos tentar entender o funcionamento de uma organização hospitalar que se pretende flexível dado o tipo de incerteza em que opera. Partindo do pressuposto que a identificação dos principais processos operacionais levaria ao diagnóstico das ações operacionais, neste caso concreto, estudamos as compras, entre as quais estão as aquisições de materiais. Estes, além de representar uma parcela significativa dos custos hospitalares e do seu valor econômico são essenciais à prestação dos serviços hospitalares, conforme relatam Barbieri e Machline (2009). Assim, os recursos materiais podem representar a recuperação da saúde, quando bem administrados ou a perda de vidas humanas, quando mal administrados. Sobre essa questão, Barbieri e Machline (2009) afirmam que a administração de material pode ser entendida como uma área especializada da administração geral de uma organização e como tal trata-se de um

trabalho realizado por meio de pessoas para entregar o material certo ao usuário certo, no momento e nas quantidades certas, observando as melhores condições para a organização, e se para isso é necessário estabelecer ações planejadas, controle, organização e outras diretrizes relacionadas com o fluxo de materiais e informações dentro e fora da organização, estas precisam também de ser estudadas.

O *locus* deste estudo, o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) – classificado como hospital público de média e alta complexidade, é uma unidade acadêmica especial da Universidade Federal do Pará, certificado como *hospital de ensino*<sup>1</sup> e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Em decorrência desse perfil e dado o volume e a complexidade dos serviços prestados pelo hospital, foi avaliada a eficácia de sua logística de materiais, tendo como pressuposto que uma ação é considerada eficaz quando a diferença entre o pretendido e o efetivamente alcançado se aproxima de zero (MOTTA, 2001, p. 98) e o pretendido, no caso dos recursos materiais é que não haja falta nem excessos.

Do exposto, considerando a importância do processo logístico nas organizações – em especial nas hospitalares – pesquisamos a complexidade do processo aquisitivo nas organizações públicas e seus condicionantes internos e externos e a relevância social dos hospitais universitários.

Na seção seguinte apresentamos o referencial analítico sobre a importância das organizações, as mudanças ocorridas, seus elementos estruturantes e seus processos internos. De seguida a evolução do Hospital como organização e como componente do sistema de saúde. Depois descrevemos a trajetória do Hospital Universitário João de Barros Barreto, *locus* do estudo e para introduzir a nossa *proxy* descrevemos a logística de suprimentos no serviço público. Só então descrevemos a metodologia da pesquisa, dos procedimentos para a coleta de dados e a análise de dados. Por fim as considerações finais.

## A ESPECIFICIDADE DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Schein (1982) comenta que a própria ideia de organizar fundamenta-se no fato de que o indivíduo sozinho é incapaz de satisfazer a todas as suas necessidades e desejos e que de um modo geral, como lembra o autor, as escolas, os hospitais, os partidos políticos, as igrejas, as empresas etc., são exemplos de que todos nós passamos por organizações ao longo da vida. Seguindo esse raciocínio, é lícito afirmar que as organizações se estruturam a partir de perspectivas políticas, econômicas ou culturais demandadas pela sociedade, que é, ao final, sua beneficiária. SILVESTRE (2010, p. 24) corrobora com essa argumentação ao comentar que o fornecimento de bens e a prestação de serviços atende, em primeira instância, às demandas sociais no sentido de satisfazer necessidades coletivas

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 2378**, de 26 de outubro de 2004. (N.A)

individualmente sentidas, que no caso das organizações públicas é feita gratuitamente, a preço inferior ao custo de produção ou a preço inferior ao praticado no mercado. No entanto, às organizações públicas é atribuído certo grau de ineficiência. Miranda; Macieira e Santos (2004) apontam como causa de ineficiência a essência burocrática dos processos da máquina administrativa e da instabilidade do ambiente político, além de limitações inerentes ao servidor público, principalmente no que se refere à gestão organizacional. Tratando dessa ineficiência na saúde, Labra (1988) declara que ela seria extensiva, em geral, a toda a organização sanitária nacional, que é comumente caracterizada como altamente "burocratizada", e os serviços sanitários seriam, para a autora, *reinos da incompetência*. Mas na maioria das teorias do pensamento administrativo, resguardadas as peculiaridades pelo tipo de serviço prestado, a organização hospitalar não demonstra diferença substantiva de outras organizações, partindo da premissa de que o hospital é uma organização com uma estrutura desenhada para estabelecer autoridade, coordenação, controle, tomada de decisão, gerir conhecimentos e processos, agregar tecnologias e inovações e interagir local e globalmente. As suas especificidades estão mais relacionadas com o que Merhy e Cecílio (2003, p. 112-113) definem como questões relacionadas à micro política do hospital à luz dos mecanismos de coordenação. Para os autores o hospital possui três lógicas de coordenação, onde a primeira é a das profissões ou especialidades, a segunda é da coordenação por serviços ou unidades e a terceira é a lógica do cuidado, sendo que as duas primeiras são visíveis no organograma, o que não ocorre com a terceira, apesar de sua importância para o funcionamento do hospital. Nesse aspecto, uma explicação possível, segundo os autores, é de que ela é feita, de fato, pela enfermagem, que no complexo território de poder do hospital tem uma relação de subalternidade em relação ao médico. Entretanto,

a enfermagem não faz 'apenas' a coordenação do seu pessoal. Ela vai além, lançando um papel muito mais 'estratégico' para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 114).

Deste modo, as abordagens tradicionais da estrutura das organizações nos seus aspectos mais formais e de percepção do organograma não nos permitem entender da eficiência da organização hospitalar e da complexidade de suas respostas à incerteza do meio, o atendimento ao utente.

Nesta seção, discutimos a organização hospitalar na sua componente interna, de seguida abordaremos a evolução da compreensão do hospital historicamente.

## A COMPLEXIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITAL<sup>2</sup>

O Hospital complexifica-se à medida que a sua função social muda. Foucault (1985) descreve a evolução do papel social do hospital de local de morte para local de cura e de cuidados primeiro dos mais pobres depois da sociedade em geral, esta função surge somente nos finais século XVIII.

Até meados do século em referência, o hospital era uma instituição de assistência, mas também de segregação. Na essência, a assistência era dirigida aos pobres doentes, que por representarem potencial para contágio, eram recolhidos para morrer em paz, com assistência material prestada por leigos e religiosos, mas, principalmente, assistência espiritual para garantir a salvação de sua alma. Sob essa inspiração, podemos dizer que o hospital era um lugar para morrer, não para curar. Por outro lado, os hospitais também serviam para o recolhimento de desempregados, funcionando como instrumento de medida política para resolver a ociosidade, em substituição às punições então praticadas pelo Estado.

É somente a partir da segunda metade do Século XVIII que o hospital passa a ser concebido como instrumento de cura, fato que se dá concomitantemente à transformação da medicina, decorrente de transformações no saber e prática médicos, tendo como uma de suas ações a disciplinarização do ambiente hospitalar. Nesse momento, ocorre uma inversão nas relações hierárquicas no hospital com a ascensão do médico na organização e no comando da instituição hospitalar, onde a concepção do hospital evolui para a de um instrumento de cura e terapêutico, em substituição à forma de organização da comunidade religiosa, vigente.

Estas transformações estruturais no hospital estão inseridas num contexto histórico determinado, que funcionou como força motriz a tais transformações. No século XVIII, denominado de Século das Luzes<sup>3</sup>, a Europa vivia um momento de intensas transformações. O progresso atingia todos os setores: arte, ciência, técnica, pensamento. Na verdade, estava em curso uma verdadeira "revolução do espírito", como dizia Voltaire um dos expoentes do Iluminismo. O Século das Luzes foi marcado, na Europa, pelo aumento da produção agrícola, pela urbanização acelerada, pela invenção da máquina a vapor e da locomotiva e pela Revolução Francesa.

Outra face do progresso constatado pela história desse período é que os homens do século XVIII se tornaram mais cultos e bem informados. A difusão dos livros foi muito sensível no século XVIII, e meio seguro para a propagação dos valores emergentes; estratos sociais como comerciantes e

---

<sup>2</sup> Nesta seção apresentamos somente a discussão do Hospital e da sua função na sociedade ocidental, pois é este o modelo seguido no Brasil. As medicinas alternativas e outros métodos de cuidado do corpo e da mente usadas concomitantemente ao sistema de saúde não são objeto de estudo deste trabalho.

<sup>3</sup> A expressão Século das Luzes se refere marcadamente ao Século XVIII e se caracteriza por um dos mais importantes e prolíficos períodos da história intelectual e cultural do ocidente: o Iluminismo. Com origem na França, o termo iluminismo está relacionado com esclarecimento, porque, para os iluministas, os homens da sociedade do antigo regime viviam nas "trevas da ignorância".

o baixo clero tomaram-se por esta época leitores muito assíduos. Da mesma forma, os jornais também prestaram a sua contribuição ao desabrochamento da opinião e do espírito público ao tratarem de todo tipo de assunto, inclusive aqueles que colocavam expostas as mazelas do regime absolutista, vigente à época.

Em tal circunstância, diversas áreas do conhecimento ganharam impulsos extraordinários. No final do século XVIII na física, a eletricidade; Alessandro Volta (1745-1827) conseguiu, finalmente, produzir e controlar a energia elétrica por meio de sua famosa pilha; paralelamente, o francês Lavoisier (1743-1794) introduziu uma nova ciência – a química moderna – com a qual era possível explicar fenômenos obscuros, como, por exemplo, a combustão, desvendando assim segredos da composição da matéria; nesse mesmo período, médicos e naturalistas puderam explicar com precisão científica muitos dos "mistérios" do corpo humano, dos organismos vegetais e dos elementos do reino mineral. Nesse contexto, o desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX suscitou o interesse no corpo enquanto objeto a ser socializado e no qual a sociedade capitalista investiria, tendo em vista a força de produção, evidenciando o corpo como realidade bio-política e a medicina como estratégia bio-política.

É sob essa orientação que, por exemplo, a Inglaterra cria a Lei dos Pobres, na qual uma nova forma de medicina – a medicina social – se estabelece. Trata-se de um sistema de assistência que impõe um rigoroso e autoritário controle médico à classe pobre, que tem ajuda assegurada, e que concebe que a classe rica tenha a saúde protegida de doenças que poderiam ser transmitidas pelos pobres. A rigor, tal orientação visava garantir tão-somente mão-de-obra saudável para o capitalismo industrial que então se estruturava. Portanto, tal modelo de assistência não visava somente à saúde do ser humano, mas também a força de trabalho útil.

Concomitantemente, outros acontecimentos concorreram para a transformação do hospital, tais como o desenvolvimento da teoria bacteriológica (descobertas de Pasteur e Koch), o uso de métodos assépticos e anti-sépticos (que diminuiriam drasticamente o número de mortes por infecção), a introdução da anestesia (que permitiu a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito). Do exposto, é lícito supor que esses acontecimentos contribuíram fortemente para alterar a imagem do hospital, que deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer, transformando-se em local onde se dispensavam cuidados médicos.

É no contexto desse ganho de complexidade que emergem duas práticas até então independentes e que passam a ser exercidas no mesmo ambiente (o hospital): a medicina e a enfermagem.



A partir de 1860, graças aos esforços de Florence Nightingale, a enfermagem, como função leiga, adquire certo status técnico, contribuindo para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo. Nightingale apresenta como problema principal do hospital a proximidade entre doentes e a falta de ventilação e apresenta um modelo de enfermagem que é seguido por diversas décadas; também divide as funções de internação, cirurgia e diagnóstico, consultórios e atendimento ambulatorial, administração e serviços de apoio em construções/edificações específicas e apropriadas a cada uso.

É nesse período que surge a descentralização, a separação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares, com aumento da complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções. A partir desta normatização e regulação iniciais, nos séculos seguintes, a pesquisa científica, é direcionada para a área farmacêutica e o controle das infecções, figura como meta de atingimento para a obtenção de qualidade no atendimento hospitalar.

No Brasil, com algumas décadas de defasagem, o Hospital segue o modelo europeu de cuidados. Castelar (1995) alega que no Brasil o desenvolvimento do sistema hospitalar foi mais uma coalizão de grupos de interesse do que resultante de uma política nacional de saúde, o que teria levado ao descompasso entre oferta e demanda.

Bravo (2001) aborda a questão da saúde pública no Brasil desde as primeiras iniciativas do poder central, a exemplo da reforma Carlos Chagas em 1923, de estender o atendimento à saúde em todo o país. Segundo a autora a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs.) em 1923 se constituiu em uma das medidas mais importantes para o nascimento do esquema previdenciário brasileiro. Contudo, o acesso era restrito aos trabalhadores vinculados às empresas que tinham condições de manter o empreendimento, que era financiado pela União, pelas empresas e pelos empregados.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller (BRAVO, 2001, p. 5).

As reformas empreendidas nos sistemas de saúde abrem um leque de haveres institucionais que incluem desde a redefinição do papel do hospital na assistência como também a sua reorganização interna, com implantação e difusão de novas formas de prestação de cuidados, adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação, argumentam Braga Neto; Barbosa e Santos (2008).

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

A história do Hospital Universitário João de Barros Barreto tem início na década de 1930, especificamente, em 1934, quando a tuberculose apresentava prevalência elevada em várias capitais brasileiras, com um número alarmante de óbitos. À época, os Hospitais de Isolamento São Sebastião, Domingos Freire e São Roque já faziam parte da Assistência Pública do Pará, cuja padronização seguia a orientação federal, mas que só conseguia abranger parte das carências de saúde da população (SOUSA, 2003). Essa autora cita a criação de uma Secretaria de Estado denominada “Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública”, em 1930, de grande valia para a estruturação dos serviços sanitários.

Entretanto, nessa década sucede a grande crise da economia mundial deflagrada em 1929, que atingiria gravemente a economia brasileira a ponto de provocar uma importante mudança na estrutura política do país: a Revolução de 1930, que pôs fim à República Velha – baseada na economia rural cafeeira, dominada por São Paulo e Minas Gerais, caracterizada por forte concentração de renda e de poder político nas classes mais abastadas – e que marcou a ascensão de grupos políticos ligados às atividades industriais e das classes médias urbanas, que cultivavam ideais de integração na modernidade, de participação política e de redistribuição das riquezas produzidas no país.

Assim, em meio a um quadro de instabilidades políticas e econômicas, o Sanatório de Belém teve sua pedra fundamental lançada em 1934, com o início da construção em 1937 – ano de outra ruptura política, o Estado Novo, instaurado através de um golpe de estado dado por um governo (Getúlio Vargas) de características nacionalistas. Entretanto, a obra fora interrompida em 1942. Em 1946, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, vinculada ao Ministério da Saúde, recomendou a retomada das obras, o que só ocorreu em 1950 (ano do retorno de Getúlio Vargas ao poder).

Entre o lançamento da pedra fundamental do Sanatório, o início e a retomada da sua construção, visamos demonstrar o andamento da política governamental vigente, como, por exemplo, a criação de ministérios, entre eles o Ministério da Saúde, e a ação intervencionista do Estado, que suscitou a criação e proliferação de instituições e agências financiadoras, reguladoras e produtoras (Santos, 2006), importantes para o futuro da organização nascente.

No mês de janeiro do ano de 1957 um noticiário anunciava a inauguração do Sanatório Barros Barreto, pelo então Presidente da República Dr. Juscelino Kubitschek, construído e equipado pelo Serviço Nacional de Tuberculose. Tratava-se de uma inauguração simbólica, haja vista o conteúdo da nota “o ato fez parte do programa comemorativo do 1º aniversário do governo do atual presidente da República”. O tom desenvolvimentista do governo Kubitschek (50 anos em cinco) era acompanhada de um novo tipo de intervenção estatal com estabelecimento de metas, entre elas a de corrigir desequilíbrios entre regiões, e de incentivos a setores da cadeia produtiva visando ao equilíbrio do

sistema econômico (Santos, 2006). Finalmente, em 15 de agosto de 1959, data em que se comemora o aniversário do hospital, o sanatório foi oficialmente inaugurado e entrou em funcionamento com a transferência de 16 pacientes do Hospital de Isolamento Domingos Freire. Consta que devido a problemas de logística ainda não havia condições de pleno funcionamento, com seus 200 leitos, HUIBB (Arquivo bibliográfico).

Em 1990 quando a Campanha Nacional de Tuberculose foi extinta o Hospital Barros Barreto passou a ser administrado pela Universidade Federal do Pará através do Termo de Cessão de Uso assinado pelo então Ministro da Saúde, Governador do Estado do Pará, Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará e Reitor da Universidade Federal do Pará. Por ocasião da assinatura do termo, ficou estabelecido que a Universidade mantivesse o compromisso de continuar assumindo as referências do Hospital. Em 1991 e 1992 o hospital exerceu papel importante no controle da epidemia de cólera no Estado, não somente na assistência médica como no treinamento de Recursos Humanos para todo o Estado. Através de resolução do Conselho Universitário (CONSUN), o Hospital passou a compor a estrutura da UFPA, diretamente ligada a Reitoria, tendo sua estrutura administrativa aprovada também através de resolução do CONSUN. A partir de outubro de 2004, com a decisão da Controladoria Geral da União para a absorção definitiva do HUIBB pela UFPA, foi extinta a unidade orçamentária do Ministério da Saúde e execução do inventário dos bens móveis e imóveis, sendo o patrimônio absorvido pela UFPA. Ainda nesse ano, o HUIBB foi certificado pelo MEC/MS como HE e em 2005 foi contratualizado com os gestores do SUS.

#### A ESTRUTURA DO HUIBB

O HUIBB tem como finalidades essenciais a assistência, o ensino e a pesquisa. Presta assistência à saúde da população na área ambulatorial e de internação nas especialidades de: clínica médica; pneumologia; pediatria; cirurgia geral; cirurgia de cabeça e pescoço; cirurgia torácica; cirurgia vascular; urologia; nefrologia; endocrinologia; cardiologia e doenças infecto-parasitárias. É referência nacional em DST/AIDS, referência regional em infectologia e pneumologia, referência estadual em endocrinologia e diabetes, referência especializada em assistência ao idoso, referência em patologia bucal. Possui Centro de Informações Toxicológicas (CIT), Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar integrante do sistema de vigilância epidemiológica nacional; programa de assistência ao paciente portador de fibrose cística, programa da assistência a pacientes adultos e crianças portadoras de asma grave, programa da assistência na área de psicologia clínica; participação no projeto Hospitais Sentinela nas áreas de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância. Para a formação para alunos de cursos de graduação da UFPA e outras instituições de ensino superior; possui programa de internato em clínica Médica, Cirúrgica, Infectologia e Pediatria; programa de residência médica nas áreas de pneumologia,

infetologia, cirurgia geral, clínica médica, endocrinologia, cirurgia digestiva e gastroenterologia. HUIBB (Relatório Anual 2005 - Caracterização da Unidade, p. 9).

Para executar as ações referentes aos serviços citados o Hospital Universitário João de Barros Barreto dispõe de uma estrutura organizacional composta por Diretoria Geral, Diretoria Adjunta, Gabinete, Coordenadorias, Assessorias, Divisões, Gerências, Núcleo de Planejamento, Ouvidoria, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Centro de Pesquisa Clínica, Comissões, Grupo de Trabalho, Seções, Centro de Referência Especializado em Endocrinologia e Diabetes, Setores, Agência Transfusional e Secretarias. HUIBB (Regimento Interno, 2008, Capítulo IV, p. 8-16).

Na impossibilidade de nos aprofundarmos em todos os setores da organização, optamos por estudar a logística de suprimentos, pois esta constitui setor fundamental na prestação dos serviços adequados ao paciente. Este setor serviu como *proxy* à nossa análise da eficiência da organização.

## LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

As atividades voltadas para administrar o fluxo de materiais e de informações relacionadas com esse fluxo ao longo da cadeia de suprimento constituem o que genericamente se denomina logística, que constitui o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo eficiente e economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e informações relacionadas com essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o objetivo de atender as exigências dos clientes<sup>4</sup> (BARBIERE e MACHLINE, 2009).

Dentro da logística de suprimentos se faz necessário destacar uma área de grande importância. A área de compras, que é uma das funções da gestão de materiais e que mantém a ligação entre a organização e os fornecedores, e segundo Barbieri e Machline (2009) também trata da aquisição de bens patrimoniais e da venda de bens materiais inservíveis. Em outra frente de atividades, a área de compras presta assistência aos usuários internos, fornecendo informações sobre materiais para efeito de padronização ou atividade similar. Ressalte-se que existem três tipos de compras: compras normais de itens padronizados, compras de emergência e compras de itens não padronizados.

No âmbito do serviço público, a aquisição de bens materiais apresenta uma diferenciação que caracteriza essa atividade. Isso ocorre porque as organizações da Administração Pública adquirem os materiais e contratam obras e serviços com licitação e os procedimentos são estabelecidos pela

---

<sup>4</sup> Para melhor correlacionar categorias similares da administração privada e da Administração Pública, nesta pesquisa o termo 'cliente' designará *servidor-usuário*. Tal designação se dá porque, em estando o HUIBB inserido no âmbito do Serviço Público, seus agentes são legalmente denominados 'servidores'. Já a designação 'usuários' se justifica para diferenciar os servidores que utilizam os materiais obtidos pela cadeia logística objeto desta pesquisa dos demais.

legislação e visam à obtenção de contratos mais vantajosos para a Administração e, por outro lado, visam à igualdade de oportunidade para os que desejam firmar contrato com ela, BARBIERE E MACHLINE (2009)<sup>5</sup>. Para estes autores, uma gestão adequada de materiais evita situações que podem ser fatais para a organização hospitalar – a compra cara e o estoque excessivo e fatal para o paciente – a falta de material no momento em que é necessário. Portanto, assim como a falta, o excesso de materiais é igualmente prejudicial para as organizações por gerarem despesas desnecessárias e aumentarem a possibilidade de perda por vencimento de validade ou por obsolescência.

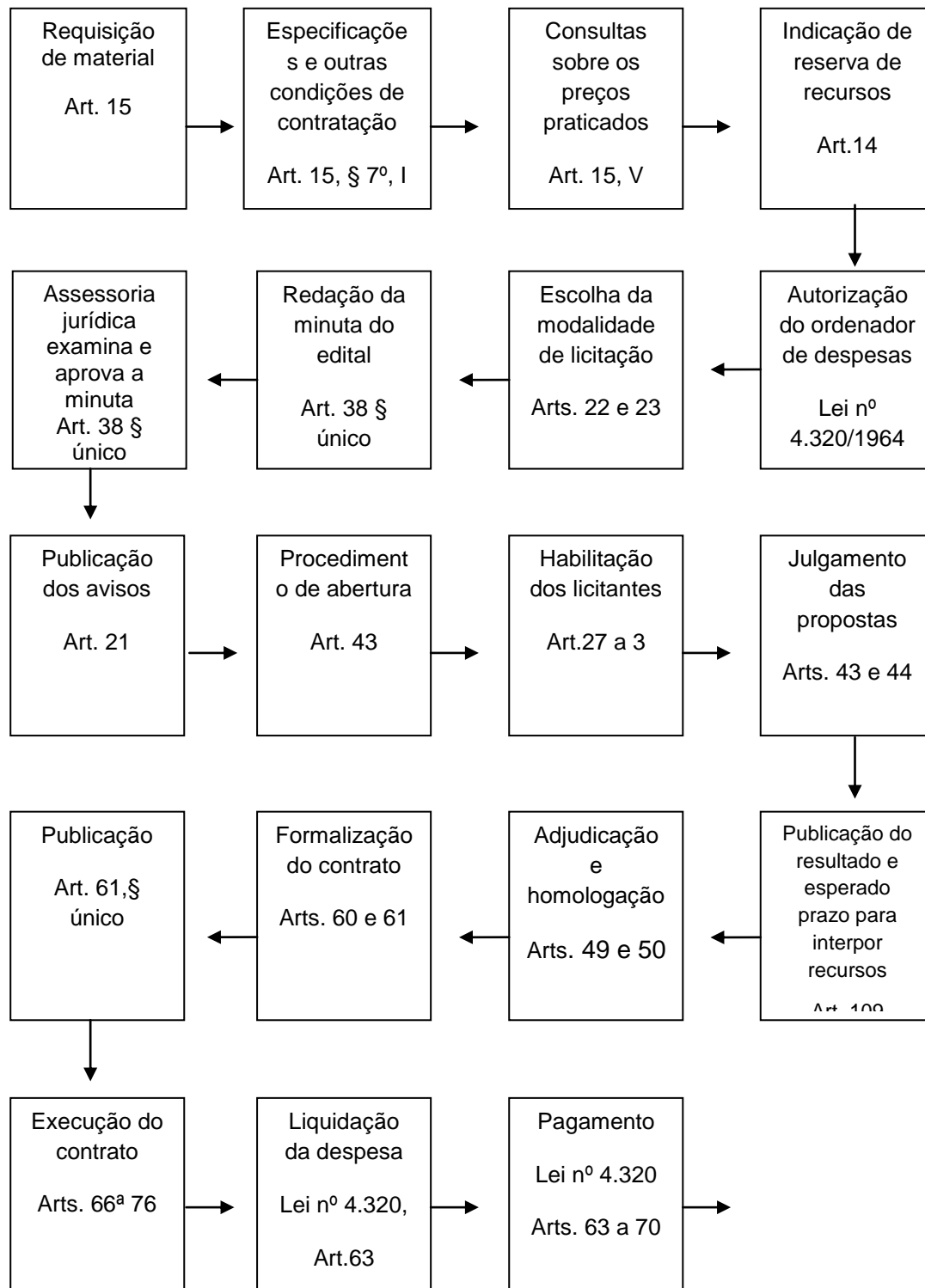
No mesmo sentido, CASTELAR; MORDELET; GRABOIS (1995) ressaltam que um sistema de materiais não pode aceitar rupturas ou faltas no processo. Em suma, afirmam os autores, este sistema, que existe para satisfazer seus usuários, deve estar embasado por uma visão global do processo produtivo.

A seguir, reproduzimos um esquema apresentado por Barbieri e Machline (2009) que ilustra um processo de compras genérico do setor público.

---

<sup>5</sup> Para aprofundamento ver Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o artigo 37, XXI, da Constituição Federal, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

**Figura 1** – Processo de compras do setor público: esquema simplificado.



Fonte: Barbieri e Machline (2009).

A partir das considerações já apresentadas, o estudo procurou identificar o processo logístico do HUIBB e sua interface com a estrutura organizacional, focando no processo aquisitivo de materiais hospitalares.

Nas seções seguintes descreveremos os procedimentos metodológicos de coleta e análise de dados.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A escolha do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB como lócus da pesquisa foi baseada na relevância social e acadêmica dos hospitais universitários e para a política de saúde pública; da importância do HUIBB para o Estado e para a Região e pela observação empírica do descompasso existente no setor de suprimentos, fato que a teoria demonstrava ser de grande importância para o alcance das metas da organização.

Foram pesquisadas a Divisão de Material, a Comissão Permanente de Licitação e a Divisão de Orçamento e Finanças, pois são fundamentais para o processo de aquisição de materiais hospitalares, foco desta pesquisa.

Para perceber o processo foi realizada entrevista focal a um profissional da categoria médica desempenhando atividades como médico-assistente em uma das clínicas do hospital, com aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. A entrevista permitiu conhecer o ponto de vista do servidor-usuário do processo logístico e suas demandas seriam atendidas em conformidade com os parâmetros exigidos.

Os dados de análise foram coletados em documentos físicos e eletronicamente, pelo sistema informacional das unidades pesquisadas.

Da entrevista e da análise de documentos da organização percebemos algumas distorções em relação ao que Mintzberg (2009) descreve como o tipo de estrutura mais comum neste tipo de organização que exige flexibilidade e altos graus de regulação externa: Burocracia Profissional. Nessas organizações o núcleo operacional é composto pelos profissionais, ou seja, por operadores que coordenam o trabalho que executam, tendo como resultado a ampla descentralização nas dimensões vertical e horizontal. No HUIBB o núcleo operacional é extenso, no entanto o poder dos operadores (profissionais) fica circunscrito às suas habilidades e conhecimento (o poder da *expertise*) uma vez que a cúpula estratégica é bastante ampliada e suas atribuições demonstram uma tendência à centralização do poder decisório, o que descaracterizaria a ampla descentralização que Mintzberg (2009) descreve nesta configuração. Na mesma linha de raciocínio, a linha intermediária, que se espera estreita, apresenta-se alargada por um grande número de diretores de divisões e chefes de seções e serviços com algum poder de decisão, evidenciado nas atribuições descritas. Por fim, a tecnoestrutura e a

assessoria de apoio encontram correspondência com o diagrama da Burocracia profissional. Contudo, pela característica inerente a esta configuração, a tecnoestrutura não pode padronizar habilidades e, portanto, assume outras ações, como de planejamento e controle. A assessoria de apoio é ampla, mas à exceção da assessoria especializada, que está mais próxima da cúpula estratégica, não está muito desenvolvida como seria esperado. As distorções evidenciadas ocorrem em nível de núcleo operacional, cúpula estratégica e linha intermediária e correspondem ao encontrado na análise de dados quantitativos coletados sobre a logística de materiais que apresentamos a seguir.

### 1. COLETA DE DADOS

Na busca de dados percebeu-se que o período em que se poderiam obter os dados de forma sequenciada e interligada nas três unidades pesquisadas, se restringia para os anos de 2008 a 2010, perfazendo quatro grandes processos. Assim, na unidade Divisão de Material foi realizado o levantamento de previsão e dispensação de materiais hospitalares, por unidade hospitalar. Na unidade Comissão Permanente de Licitação foi realizado o levantamento de itens cancelados e os respectivos motivos de cancelamento. Na unidade Divisão de Orçamento e Finanças foi realizado o levantamento de itens empenhados e itens não empenhados.

Os processos de aquisição de materiais são originados a partir da elaboração das previsões anuais de todas as unidades hospitalares, ou em qualquer época do ano dependendo da necessidade, enviadas à Divisão de Materiais em data preestabelecida, para a provisão do ano consecutivo. Tendo em vista que a previsão de materiais hospitalares abrange um período de doze meses, um grande quantitativo de itens dá origem a um “grande” processo de aquisição anual, cuja principal característica é o quantitativo de itens e o seguimento de um planejamento da demanda. Dada à dificuldade de acompanhar o percurso de cada item, analisamos uma amostra aleatória simples de 20% dos itens de todos os processos e de todas as unidades. E para preservar o sigilo das unidades se atribuiu um *código do setor* que diz respeito ao setor hospitalar que realizou a previsão de materiais e depois solicitou a dispensação desses materiais.

A fim de identificar e descrever parte do processo logístico referente ao suprimento de materiais em um dado período analisaram-se as proporções do desfasamento entre o planejado e o executado em cada categoria estudada, objetivando, ao final, uma visão ampliada sobre os dados encontrados, para então dissertar acerca das possíveis consequências para os usuários e para a organização, decorrentes de tal desfasamento. Foram estabelecidas como categorias de análise: (a)



itens dispensados<sup>6</sup>, (b) itens cancelados e (c) itens empenhados. Os dados foram tabulados e analisados através de estatísticas descritivas.

## 2. ANÁLISE DOS DADOS

### (a) *Itens dispensados*

O setor 1B<sup>7</sup> foi o setor com maior número de itens previstos correspondendo a 20.2% do total de itens previstos para esses anos, sendo que 74.6% desses itens foram dispensados. Há setores que, apesar de terem realizado previsão, não solicitaram dispensação do nenhum material previsto, a exemplo os setores TT, 1C, 132, 170, F7. Por fim, nota-se que há setores que solicitaram dispensação de um quantitativo de itens (materiais) acima do previsto, a exemplo os setores 2D, F1 e 178. Nos casos citados há indícios de falta de planejamento na elaboração da previsão de materiais (itens) pelos setores do hospital, posto que uma previsão de materiais planejada não permitisse diferenças tão significativas entre o quantitativo previsto e o dispensado. Por outro lado, a gestão de materiais tem por finalidade evitar discrepâncias como um quantitativo superestimado ou subestimado, evitando, assim, excesso ou falta de materiais, ambos indesejados pela gestão hospitalar. A respeito dessa questão, a Lei 8.666/1993, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos, determina no Artigo 15, § 7º, II: “Definição das quantidades a serem compradas em função do consumo estimado, se possível, por meio de adequadas técnicas quantitativas de previsão”. FRANÇA (2010, p, 17).

Se o excesso de compras pode representar perdas por avarias, obsolescência, perda de prazos de validade e desvios. A falta pode representar aumento no tempo de permanência do paciente, riscos para a saúde do paciente e seus acompanhantes em decorrência de esperas, riscos para a saúde do trabalhador. CASTELAR; MORDELET; GRABOIS (1995) argumentam que o sistema de materiais não pode aceitar rupturas ou faltas no processo, por entenderem que este sistema deve estar embasado por uma visão global do processo produtivo.

### (b) *Itens cancelados*

Os itens cancelados correspondem a 26,9% do total; 18,5% dos itens foram cancelados por algum motivo explicitado e 8,4% não tiveram o motivo do cancelamento explicitado. No gráfico 1

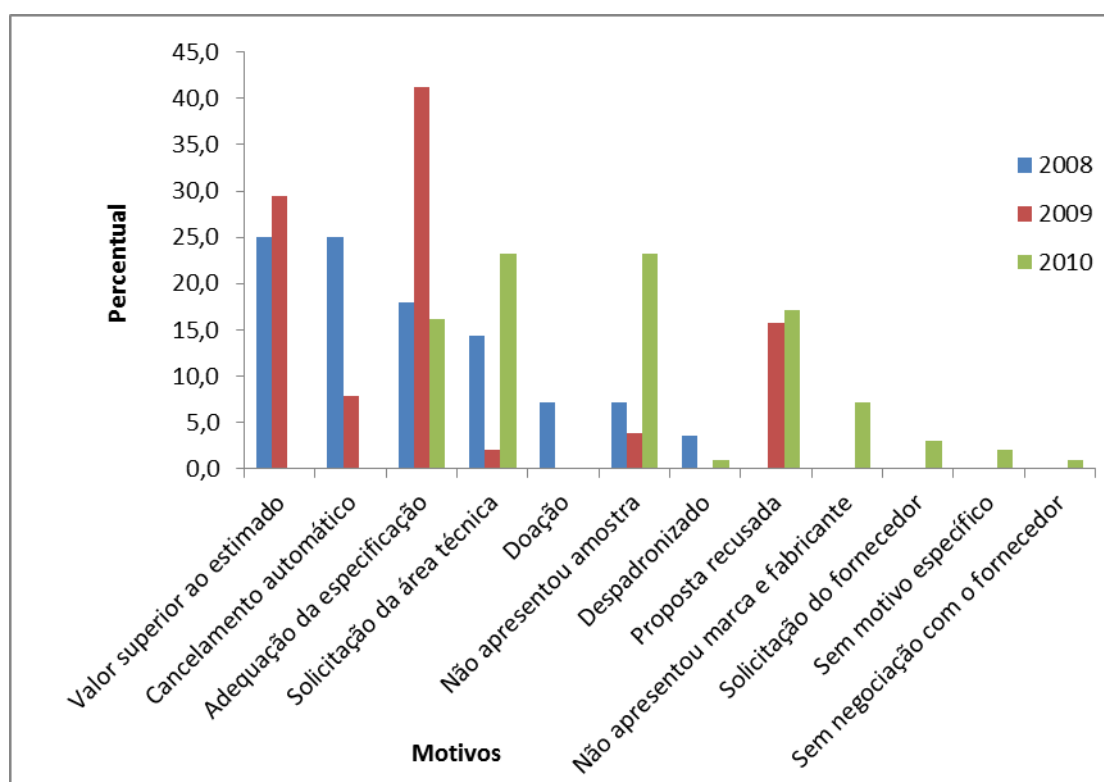
---

<sup>6</sup> Os itens entregues ao setor solicitante mediante pedido impresso.

<sup>7</sup> No intuito de garantir o sigilo das unidades hospitalares, os códigos destas unidades foram substituídos por códigos fictícios estabelecidos aleatoriamente e os processos e pregões não foram identificados.

describimos os motivos dos cancelamentos dos itens nos anos de 2008-2010. Percebe-se que as causas e os percentuais de cancelamento variam de ano para ano.

**Gráfico 1** – Percentual de cancelamento de itens por motivos especificados, nos pregões eletrônicos de 2008-2010.



Fonte: HUIBB, 2008.

Em 2008 a maior causa de cancelamento foi o valor superior ao estimado (25,0%) para o item e cancelamento automático (25,0%). Em 2009 a maior causa de cancelamento foi devido a não adequação da especificação (41,2%), seguido de valor superior ao estimado para o item (29,4%). Os principais motivos dos cancelamentos dos itens no ano de 2010 foram por solicitação da área técnica (23,2%), seguido pela não apresentação da amostra (23,2%).

A especificação de um item é parte importante de um processo de compras, por isso é fundamental ter bem definido a competência dessa fase, de modo que a sua realização atenda aos requisitos legais e elimine a possibilidade de cancelamento por esse motivo, pois no caso de uma

especificação inadequada, o cancelamento do item não é solução, é disfunção. Em outras palavras, o cancelamento evita a compra, mas atrapalha o bom andamento do processo, com risco de desabastecimento (ANVISA, 2008). Entretanto, existe a possibilidade da efetivação da compra de um item com especificação correta do ponto de vista genérico, mas inadequada do ponto de vista das particularidades e/ou necessidades da organização, ou seja, uma única palavra, número ou medida sem o rigor necessário de verificação pode provocar desperdício de recursos financeiros, tempo e energia empregada pela equipe responsável pelo processo logístico.

(c) *itens empenhados*

Por fim contabilizamos a quantidade de itens de cada fornecedor e seu percentual em relação ao total de itens, a quantidade empenhada para o fornecedor e o percentual empenhado do item nos quatro pregões no período 2008 a 2010. Tal como anteriormente atribuímos códigos aos itens. Assim, o item **27940-2** teve o maior número de unidades, correspondendo a 39,0 % dos itens, e que foi empenhado cerca de 65.7% dos itens. Ressalta-se que 48 itens não foram empenhados, resultando no total de itens a empenhar que foi de 624719, correspondendo a 50,0% da quantidade total de itens.

Esta fase do processo de compras resulta das fases descritas anteriormente e pode refletir e demonstrar o impacto causado por disfunções ocorridas nas etapas que lhe antecederam, evidenciadas na quantidade a empenhar, que neste caso foi de 50% do total de itens. Lembrando que previsões erradas de materiais podem impactar negativamente na previsão orçamentária, pois a Lei nº 4.320 de 17/03/1964 veda a realização de despesa sem prévio empenho e a Lei nº 8.666/1993, artigo 40, XIV requer indicações dos recursos orçamentários para o pagamento. Neste sentido, a observação de FERREIRA (2005) é pertinente: “Ver a logística como um sistema significa perceber que as decisões tomadas em qualquer segmento do sistema provocam reflexos em todo o sistema” (FERREIRA, 2005, p. 7). Entretanto, Infante e Santos (2007, p. 946) lembram que o setor público tende a justificar os problemas de abastecimento dos serviços de saúde com a insuficiência de recursos orçamentários, mas que essa é apenas parte do problema, e apontam fatores como desperdícios, má utilização de insumos e equipamentos, carência de qualificação dos trabalhadores da área de abastecimento e a pouca atenção ao planejamento logístico nas organizações públicas de saúde. Portanto, o planejamento é fundamental para o êxito do processo logístico.

Sobre a eficácia do processo logístico, duas categorias igualmente importantes se lhe estão intimamente ligadas - a eficiência e a efetividade - e as três categorias têm relação direta com a gestão de materiais.

Portanto, o cumprimento das etapas do processo logístico *per se* não se traduz em eficácia se os resultados demonstrarem discrepâncias entre o objetivo pretendido e o alcançado, tendo em vista que eficácia refere-se ao alcance de resultados, (MOTTA, 2001). Da mesma forma, não se traduz em

eficiência se não produzir resultados e benefícios ao custo mais baixo, e não se traduz em efetividade se o impacto da ação não satisfizer as necessidades da clientela (usuários internos e externos) que gerou a ação (MOTTA, 2001).

Ademais, não se deve perder de vista que a efetivação das etapas do processo logístico referente à previsão de materiais, à abertura e implementação do processo licitatório e à condução dos procedimentos orçamentários e financeiros com vistas ao processo de empenho são atividades inter-relacionadas de um sistema operacional que faz parte de um sistema organizacional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho analisamos o processo logístico de materiais como *proxy* de análise da estrutura organizacional. Como percebemos no início da discussão a organização Hospital tal como o conhecemos contemporaneamente se tornou complexa devido à evolução da sua concepção enquanto organização social e pública de cuidados de saúde. De lugar de segregação de classes sociais ao tentar isolar doentes pobres (Foucault, 19, passou a desempenhar um papel universal de cuidados de saúde. Por outro lado a evolução da ciência e a descoberta da penicilina, antibióticos e outros medicamentos permitiu aumentar o sucesso desta organização e ampliar o seu papel social. Por outro lado, autores da teoria das organizações vêm estudando a organização hospitalar como um organização complexa mas flexível que atua em ambientes de alto grau de incerteza, mas sujeita a planejamento e diferentes graus de controle e regulação.

Para discutir a eficiência desta organização analisamos um setor fundamental na prossecução dos objetivos-fim do HUIBB. Motta (2001) afirma que uma forma de medir esta eficácia é a de medir até que ponto os resultados pretendidos se aproximam dos resultados efetivamente alcançados através das discrepâncias existentes entre os resultados pretendidos e os resultados alcançados.

Os resultados obtidos a partir da análise dos dados quantitativos apontam um comprometimento da eficácia do processo logístico de materiais, partindo do princípio que esta interfere no alcance dos objetivos e metas organizacionais na medida em que a logística de materiais é um subsistema do sistema organizacional e que qualquer alteração em um subsistema interfere no sistema como um todo, e na medida em que a prestação de serviços, tanto para quem os recebe - os usuários - como para quem os realizam - os profissionais de saúde - está dependente da aquisição de materiais, e de equipamentos. Dadas as limitações deste estudo não podemos afirmar tal como Castelar; Mordelet; Vitor (1995) que a falta de materiais nos hospitais têm causas estruturais como corrupção, clientelismo político, etc., causas organizacionais como falta de fixação de objetivos, falta de gerência profissional, falta de recursos financeiros, falta de controles, falta de planejamento, corrupção, etc., e causas individuais como gerentes improvisados, gerentes inseguros - incapazes de ousar ou inovar, sem condições de manter um diálogo com a área fim, funcionários desmotivados, para os quais, sobreviver no cargo passa a ser o objetivo, etc.

No entanto, dadas discrepâncias encontradas entre a previsão e a execução da gestão de materiais cabe à organização repensar os elementos da sua estrutura de modo a permitir a gestão de materiais, em um processo de criação confiável, difundido por todos os membros da organização, com ampla participação através de técnicas de discussão grupal, de modo a desenvolver a interação e a integração entre as áreas meio e fim, com vistas ao envolvimento de todos nas fases do processo logístico, tendo em vista o alinhamento dos objetivos do subsistema de compras aos objetivos do

sistema organizacional, que ao fim e ao cabo, são voltados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nossa sugestão para trabalhos futuros é o de ampliar outras fases do processo logístico tais como as que estão relacionadas às atividades de recebimento, guarda e distribuição de materiais, também importantes dentro da cadeia logística.

## REFERÊNCIAS

- BARBIERI, José Carlos; MACHLINE, Claude. **Logística hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: uma estratégia de vigilância sanitária de prevenção**. Brasília: ANVISA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.378**, de 26 de outubro de 2004. Certifica 28 unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 27 out. 2004.
- BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: CAPACITAÇÃO para Conselheiros de Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ / DEPEXT / NAPE, 2001.
- CASTELAR, Rosa Maria. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Vitor. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. LOCAL: ENSP, 1995.
- CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em rede**. Lisboa: Fundação Calduste Gulbenkian, 2002. (A Era da Informação: economia, sociedade e cultura, v. 1).
- FERREIRA, Leonardo Nunes. Custos logísticos hospitalares: um estudo empírico. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 9., 2005, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Católica de Brasília, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FRANÇA, Maria Adelaide de C. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos da Administração Pública**. São Paulo: Saraiva, 2010.
- INFANTE, M. & SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Artigo IN. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4): 945-954, 2007.
- LABRA, Maria Eliana. Proposições para o estudo da relação entre política, burocracia e administração no setor saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 4, p. 41-42, jan./mar. 1988.
- MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio/ago. 2003.
- MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 169-170.
- MIRANDA, Thales Ribamar; MACIEIRA, André Rego; SANTOS, Rafael Paim Cunha. Modernização administrativa em Organizações Públicas: uma metodologia baseada na melhoria dos processos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 24., 2004, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina / ABEPRO, 2004.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar. Introdução Mudança e inovação no mundo contemporâneo** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. O futuro da Era Vargas: o nascimento de um Estado-Nação. In: **O ex-leviatã brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. p. 19, 32-33.
- SCHEIN, Edgar H. Problemas Humanos nas Organizações. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia Organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.