

**ESCOLA DE COMANDO E ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO
ESCOLA MARECHAL CASTELLO BRANCO**

Cel Med ROGERIO GOMES DE LIMA

O comodato e a locação de equipamentos médico-hospitalares como ferramentas para a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro



Rio de Janeiro

2019

Cel Med ROGERIO GOMES DE LIMA

O comodato e a locação de equipamentos médico-hospitalares como ferramentas para a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Política, Estratégia e Alta Administração Militar.

Orientador: Cel Art R1 Rogério de Amorim Gonçalves

Rio de Janeiro
2019

L 732c Lima, Rogerio Gomes de.

O comodato e a locação de equipamentos médico-hospitalares como ferramentas para a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro. / Rogério Gomes de Lima.- 2019.

71 f. : il ; 30 cm.

Orientação: Rogério de Amorim Gonçalves

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Política, Estratégia e Alta Administração do Exército) Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2019.

Bibliografia: f. 67-71.

1. LICITAÇÃO. 2. GESTÃO HOSPITALAR. 3. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE. 4. RESOLUTIVIDADE. I. Título.

CDD 341.64

Cel Med ROGERIO GOMES DE LIMA

O comodato e a locação de equipamentos médico-hospitalares como ferramentas para a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Política, Estratégia e Alta Administração Militar.

Aprovado em, de de 2019.

COMISSÃO AVALIADORA

Rogério de Amorim Gonçalves – Cel Art R1 - Presidente
Escola de Comando de Estado-Maior do Exército

Fernando Luiz Velasco Gomes – Cel Art R1 - Membro
Escola de Comando de Estado-Maior do Exército

Jair Rodrigues da Cruz Júnior – Cel Inf R1 - Membro
Escola de Comando de Estado-Maior do Exército

À minha esposa Solange e aos meus filhos Catherine, Renato, Julia e Ricardo, por se constituírem diferentemente enquanto pessoas, igualmente belas e admiráveis em sua essência, estímulos que me impulsionam a buscar vida nova a cada dia. A eles, meus agradecimentos por terem aceitado se privar de minha companhia em prol de meus estudos, concedendo-me a oportunidade de mais essa realização profissional no Exército Brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder saúde e discernimento para a conclusão de mais uma etapa nesta longa caminhada. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas, inclusive a minha vida.

Aos meus queridos pais pelo exemplo, ensinamentos e estímulo para que confiasse que “tudo posso naquele que me fortalece”.

À minha amada família pela compreensão e apoio ao longo deste gratificante e desafiador curso.

À Força Terrestre por todas as oportunidades de aperfeiçoamento pessoal e profissional que tem me proporcionado ao longo da carreira no Serviço de Saúde do Exército Brasileiro.

Aos amigos e companheiros da 32ª Turma, “a melhor Turma”, do Curso de Política, Estratégia e Alta Administração do Exército pela amizade e pelo compartilhamento de experiências ao longo de todo o curso.

Ao Major de Intendência André Luiz Faria Vaz de Mello pela desmedida e importante colaboração prestada durante a elaboração deste trabalho.

Ao Cel R1 Rogério de Amorim Gonçalves, meu orientador, pela camaradagem e direção oportuna, o meu muito obrigado.

*“Só é útil o conhecimento que nos faz
melhores.” (Sócrates)*

RESUMO

Estudo descritivo que, por meio da revisão sistemática da literatura, buscou analisar a possibilidade de adoção de alternativas para a elevação ao máximo do rendimento dos recursos financeiros do Sistema de Saúde do Exército destinados a modernização do parque tecnológico das Organizações Militares de Saúde. Dentro deste contexto, portanto, justifica-se no estudo a reflexão crítica sobre o aprimoramento da gestão de saúde na execução dos processos licitatórios alternativos à simples aquisição de equipamentos de saúde, tais como o comodato e a locação, visando o aumento da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro e consequentemente alcançando a satisfação do usuário, a qualidade dos serviços prestados, norteados pela eficiência, eficácia e efetividade que devem caracterizar a administração pública, sem a necessidade de dispêndio imediato de vultosos recursos orçamentários. Com base na revisão da literatura, verificou-se que processos licitatórios inovadores com uma estratégia metodológica de melhor relação custo-benefício podem permitir que as unidades de saúde do Exército sejam aparelhadas com equipamentos de última geração tecnológica, diminuindo gastos com manutenção e a redução dos encaminhamentos, assegurando a desejável sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde da Força Terrestre. A viabilidade da proposta foi estabelecida frente à experiência acumulada pelo autor no exercício do cargo de Diretor de Hospital Militar na Amazônia brasileira.

Palavras-chave: Licitação. Gestão hospitalar. Qualidade da assistência de saúde. Resolutividade.

RESEÑA

El presente estudio hizo una revisión sistemática de la literatura e buscó a examinar la posibilidad de adopción de alternativas para elevación del máximo rendimiento de los recursos financieros del Sistema de Salud del Ejército para la modernización del parque tecnológico de las organizaciones militares de Salud. Dentro de ese contexto, por lo tanto, se justifica en el estudio de la reflexión crítica sobre la mejora de la gestión sanitaria en la ejecución de procesos alternativos de licitación de equipos de salud, tales como los “prestamos” y el “arrendamiento”. Tales medidas apuntan a aumentar la “resolutividad” de las Unidades de Salud del Ejército Brasileño y en consecuencia logrando la satisfacción del usuario, la calidad de los servicios prestados, marcados por la eficiencia, efectividad y efectividad que caracterizan la administración pública, sin la necesidad de gasto inmediato de grandes recursos presupuestarios. Con base en la revisión de la literatura, se ha descubierto que los procesos de licitación innovadores con una estrategia metodológica rentable pueden permitir que las Unidades de salud del Ejército estén equipadas con equipos de última generación, reduciendo los costos de mantenimiento y la reducción de la asistencia fuera de las unidades militares de salud, que garantiza la deseada sostenibilidad financiera del Sistema de Salud de la Fuerza Terrestre. La viabilidad de la propuesta se estableció a la luz de la experiencia acumulada por el autor en el cargo de Director del Hospital Militar del Ejército en la Amazonía brasileña.

Palabras clave: licitación. Gestión hospitalaria. Calidad de la asistencia sanitaria. Resolutividad.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Relação tempo de espera/satisfação do paciente.....31

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 1 – Localização das Organizações Militares de Saúde.....	34
Figura nº 2 – Distribuição dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército	36
Figura nº 3 – Custo de encaminhamentos para OCS/PSA.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARP	Ata de Registro de Preços
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CML	Comando Militar do Leste
CMN	Comando Militar do Norte
CRI	Centro de Recuperação de Itatiaia
DGP	Departamento-Geral do Pessoal
D Sau	Diretoria de Saúde
FUSEx	Fundo de Saúde do Exército
HCE	Hospital Central do Exército
H Ge	Hospital Geral
H Gu	Hospital de Guarnição
H Mil A Brasília	Hospital Militar de Área de Brasília
H Mil A Manaus	Hospital Militar de Área de Manaus
IBEx	Instituto de Biologia do Exército
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAC	Laboratório de Análises Clínicas
LQFEx	Laboratório Químico-Farmacêutico do Exército
OCS	Organização Civil de Saúde
OMS	Organização Militar de Saúde
PSA	Profissional de Saúde Autônomo
PMPA	Policlínica Militar de Porto Alegre
RNM	Ressonância Magnética
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SAMMED	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes
SES/GDF	Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SRP	Sistema de Registro de Preços
TCU	Tribunal de Contas da União
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCMH	Variação dos Custos Médico-Hospitalares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMA.....	17
1.2	OBJETIVOS.....	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos Específicos	17
1.3	HIPÓTESE.....	17
1.5	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	18
1.6	RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	18
2	METODOLOGIA	19
2.1	TIPO DE PESQUISA.....	19
2.2	UNIVERSO E AMOSTRA.....	19
2.3	COLETA DE DADOS.....	20
2.4	TRATAMENTO DOS DADOS.....	20
2.5	LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	20
3	GESTÃO PÚBLICA	21
4	CENÁRIO DA SAÚDE	25
4.1	ASPECTOS HISTÓRICO-FILOSÓFICOS.....	25
4.2	CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	26
4.3	QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
5	O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO	32
6	O PROCESSO LICITATÓRIO PÚBLICO	43
7	COMODATO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	51
7.1	COMODATO.....	51
7.2	LOCAÇÃO.....	53
8	RESULTADOS EM OMS DO EXÉRCITO BRASILEIRO	58
9	CONCLUSÕES	63
	REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar moderna impõe a adoção de medidas e estratégias que aumentem a resolutividade dos serviços ofertados, bem como a redução de custos, sem que se perca a qualidade da assistência à saúde prestada ao usuário.

Entende-se como resolutividade a capacidade de um sistema ou organização em resolver situações relacionadas à saúde/doença dos seus usuários.

Para a grande maioria dos usuários há uma percepção de baixa resolutividade na prática dos serviços de saúde pública. Para outros, há a percepção de pouca eficiência e/ou qualidade dos serviços públicos de saúde.

O problema mais grave dos serviços de saúde, considerando a satisfação de usuários, de acordo com pesquisas nacionais no Sistema Único de Saúde (SUS), é o relativo às filas de espera. O ponto sensível é referente ao fator tempo: tempo de espera nas filas, tempo à espera da marcação de uma consulta, tempo de espera para agendamento de exames e na obtenção de resultados de exames de apoio ao diagnóstico e até de realização de cirurgias.

Após a Emenda Constitucional nº 19 de 1998, a eficiência tornou-se princípio constitucional da administração pública, ao ser descrita no Art 37, caput da Constituição Federal de 1988. Neste caso, portanto, a aplicação deste princípio intenciona que a oferta de serviços públicos ocorra com qualidade, regularidade, com transparência e segurança na utilização dos recursos públicos.

Atualmente, o aumento da expectativa de vida da população e o avanço das doenças crônicas, favorecido pela inexistência e/ou ineficácia dos programas preventivos, tem majorado de forma importante os custos hospitalares para o diagnóstico e o tratamento de tais patologias.

O envelhecimento populacional e o aumento da demanda dos cidadãos no acesso aos serviços de saúde, como reflexo desta sobrevida, acarreta um acréscimo na demanda de consultas por determinadas especialidades, além de leitos para internação e recuperação, salas cirúrgicas e leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Em um contexto mais amplo, a assistência à saúde, inclusive aquela prestada pelo Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, tem sofrido os efeitos decorrentes da sobrecarga no atendimento médico, deterioração de sua infraestrutura hospitalar e

ambulatorial, fragmentação da atuação profissional, ampliação de cobertura de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e contínua incorporação tecnológica.

Ao longo dos últimos anos, considerando-se as rubricas orçamentárias para o custeio e para o investimento, observa-se que os recursos públicos se apresentam aquém do desejável para a promoção da qualidade em saúde, particularmente para determinar a redução do hiato tecnológico observado nas organizações de saúde públicas e privadas.

Observa-se que, tanto na iniciativa privada quanto na pública, manter um parque tecnológico de saúde moderno e ativo, com a oferta ininterrupta dos serviços aos usuários, é um desafio constante.

Ofertar aos usuários da assistência à saúde equipamentos e serviços modernos, de alta tecnologia e complexidade, requer grandes investimentos de recursos financeiros e de pessoal qualificado.

Há de salientar, ainda, que o parque tecnológico de saúde é penalizado pela obsolescência de seus equipamentos, tendo que ser obrigatoriamente substituídos de tempos em tempos por outros produtos mais modernos que atendam à evolução dos meios diagnósticos e terapêuticos existentes, acarretando um custo alto às instituições.

Mantê-los ativos, funcionando, necessita de uma cauda logística significativa, com a realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares, o que condiciona uma expressiva aplicação de recursos para esse fim.

Possibilitar uma assistência de saúde de qualidade aos usuários, com alto grau de resolutividade e com aplicação racional dos recursos orçamentários, tem sido o foco dos gestores dos sistemas de saúde, visando coibir o desperdício e a má utilização destes escassos recursos financeiros.

Nas últimas décadas, tem sido tema de grandes preocupações a qualidade do gasto público. Neste viés, observa-se a necessidade de aperfeiçoamento das atividades licitatórias e a busca de novas alternativas que possibilitem a maximização dos recursos.

Atualmente, a realização de comodato e de locação de equipamentos médico-hospitalares se apresentam como uma possibilidade para o incremento da resolutividade e da eficiência das atividades hospitalares, por proporcionar soluções

às demandas de modernização e manutenção do parque tecnológico de saúde, acarretando maior satisfação dos usuários/clientes.

Desta forma, este estudo analisará a oportunidade de se utilizar o comodato/locação de equipamentos médico-hospitalares nos processos licitatórios, regrados pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na ampla rede nacional de organizações militares de saúde do Sistema de Saúde do Exército, com o objetivo de redução de custos, modernização e criação de novos serviços, visando a otimização da resolutividade do Serviço de Saúde do Exército.

Em época de escassez de recursos, otimizar a resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Exército (OMS), além de possibilitar uma maior satisfação do usuário (percepção de eficiência), reveste-se de importância como ação prioritária para a sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde da Força Terrestre, pois os serviços não realizados na rede hospitalar própria são encaminhados para organizações civis e profissionais autônomos da área de Saúde por meio de contratos e credenciamentos efetivados pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEx).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A resolutividade das Organizações Militares de Saúde depende, dentre outros fatores, de um adequado parque tecnológico. O autor, durante o exercício do cargo de Diretor do Hospital Militar de Área de Manaus no biênio 2017-2018, observou que o modelo usual de aquisição de equipamentos não permitia totalmente a superação dos entraves impostos pela carência de técnicos especializados, a rápida obsolescência e a difícil contratação de manutenção preventiva e corretiva. Considerando esta realidade, de que forma a adoção do conceito do comodato/locação ao invés da simples aquisição de equipamentos médico-hospitalares torna-se uma boa estratégia para a administração do Sistema de Saúde do Exército?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 **Objetivo Geral**

Analisar a possibilidade do comodato/locação perante a simples aquisição de equipamentos médico-hospitalares, por meio da contratação de empresas especializadas, visando a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde do Sistema de Saúde do Exército.

1.2.2 **Objetivos Específicos**

- Analisar o binômio custo/benefício do comodato/locação em detrimento da simples aquisição de equipamentos médico-hospitalares no tocante ao aspecto financeiro-orçamentário para o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro;
- Verificar o impacto do comodato/locação de equipamentos médico-hospitares na redução da cauda logística do parque tecnológico dos hospitais militares; e
- Identificar se há benefícios diretos do comodato/locação de equipamentos médico-hospitalares para o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.

1.3 HIPÓTESE

Há possibilidade de novas formas de obtenção de equipamentos de saúde além da aquisição usualmente realizada nas Organizações Militares de Saúde do Exército.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa será realizada no âmbito da Administração Militar, no Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, no tocante às alternativas para aquisição de equipamentos médico-hospitalares, à luz do regramento imposto às licitações pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

1.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A pesquisa poderá ser útil à administração militar e aos gestores dos hospitais militares do Sistema de Saúde do Exército ao contribuir para a análise da possibilidade da adoção do comodato/locação de equipamentos médico-hospitalares nos processos licitatórios, como forma de propiciar modernização do parque tecnológico, desobrigar a OMS da manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, economia em escala, redução dos encaminhamentos externos, ampliação da oferta de serviços de saúde, melhor emprego dos recursos humanos existentes nas Organizações Militares de Saúde e maior satisfação dos usuários.

O presente estudo, de metodologia descritiva por meio da revisão sistemática da literatura, tem enfoque prioritariamente operacional, buscando coligir subsídios para intervenções a curto e médio prazos capazes de promover impacto significativo sobre a resolutividade do atendimento prestado nas Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro, subsidiando a reflexão para a adoção de novas estratégias como alternativas para a aquisição do parque tecnológico de saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo, do tipo pesquisa aplicada, qualitativa, com caráter de estudo exploratório, foi realizado, principalmente, elegendo como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica e documental, baseando a sua fundamentação teórico-metodológica na investigação sobre os assuntos relacionados ao tema em livros, manuais e artigos de acesso livre ao público em geral, incluindo-se nesses aqueles disponibilizados pela rede mundial de computadores.

Como esclarece Silva (2003), pesquisa bibliográfica é aquela baseada “na análise da literatura já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita e até eletronicamente, disponibilizada na Internet”. (p.38).

Ainda, segundo a mesma autora, a pesquisa bibliográfica é o método de escolha quando se pretende:

- 1) obter informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado;
- 2) conhecer publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados; e
- 3) verificar as opiniões similares e diferentes a respeito do tema ou de aspectos relacionados ao tema ou ao problema de pesquisa.

Trata-se, portanto, de estudo descritivo que, por meio da revisão sistemática da literatura, buscou subsidiar a reflexão crítica da Administração Militar sobre a possibilidade de se adotar comodato/locação de equipamentos médico-hospitalares para a otimização da resolutividade das Organizações Militares de Saúde. do Exército Brasileiro.

A conclusão alcançada foi pautada com a experiência própria do autor e as referidas por outros autores sobre gestão pública e administração em saúde, tendo como cenário primordial a gestão de OMS do Sistema de Saúde do Exército.

2.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo do presente estudo são as modelagens para de obtenção de equipamentos médico-hospitalares para as Organizações Militares de Saúde à luz da legislação vigente, quer seja aquelas oriundas diretamente da Administração Federal ou aquelas editadas pelos órgãos de controle Interno e externo, bem como as do Exército Brasileiro, em especial as normas do Serviço de Saúde da Força Terrestre.

2.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do presente trabalho de conclusão de curso foi realizada por meio da coleta na literatura, realizando-se uma pesquisa bibliográfica na literatura disponível, tais como livros, manuais, revistas especializadas, jornais, artigos, internet, monografias, teses e dissertações, sempre buscando os dados pertinentes ao assunto. Nessa oportunidade, foram levantadas as fundamentações teóricas para a comprovação ou não da hipótese levantada.

A coleta de dados seguiu o seguinte roteiro:

- levantamento da bibliografia e de documentos pertinentes;
- seleção da bibliografia e dos documentos;
- leitura da bibliografia e dos documentos selecionados;
- pesquisa de levantamento de dados, por meio de consultas e análise documental;
- montagem de arquivos, quando foram elaboradas as fichas bibliográficas de citações, resumos e análises; e
- análise crítica..

2.4 TRATAMENTO DOS DADOS

O método de tratamento de dados utilizado no presente trabalho foi o de análise de conteúdo, com uma releitura sistematizada dos diversos autores e suas produções, no qual foram realizados estudos de textos para se obter a fundamentação teórico para se confirmar ou não a hipótese apresentada.

2.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A metodologia em questão possui limitações, particularmente, quanto à profundidade do estudo a ser realizado, pois não contempla, dentre outros aspectos, o estudo de campo e a entrevista com pessoas diretamente ligadas aos processos em estudo. Porém, o método escolhido foi adequado para a finalidade da pesquisa, possibilitando o alcance dos objetivos propostos.

3. GESTÃO PÚBLICA

A administração pública na execução de suas políticas, atos normativos ou operacionais, obrigatoriamente, deve cumprir o estabelecido na legislação vigente, a fim de que se alcance as necessidades fundamentais da sociedade brasileira, descritas no artigo 6º da Constituição Federal (1988):

“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1988).

Ressalte-se que a Administração Pública carece, em alguns setores, da aplicação dos conhecimentos e práticas de “gestão”, ou seja, de modernizar-se com a inclusão de métodos e técnicas administrativas contemporâneas, empreendedorismo e busca por eficiência. Isso envolve desenvolver e aperfeiçoar todas as etapas dos processos, incrementar o planejamento, desenvolver a liderança, aperfeiçoar a governança institucional, melhorar o aproveitamento de recursos orçamentários e buscar aumento de efetividade, em geral.

A gestão pública atual concebe o pensamento gerencial, focado na modernização do setor público, incorporando conceitos como busca contínua da qualidade, adoção de indicadores de desempenho e avaliação dos serviços públicos pelos cidadãos.

O Estado tem como grande desafio prestar serviços com elevado grau de eficiência para a sociedade, em um ambiente de grande restrição de recursos, otimizando os recursos humanos, materiais e financeiros.

Neste viés, a sociedade tem exigido a redução dos gastos aliada ao aumento da qualidade dos serviços públicos no Brasil, o que tem determinado mudanças na administração pública (AMARAL e VICENTE, 2013).

O princípio da eficiência foi incluído na Constituição Federal pela Emenda Constitucional nº 19/1998. Desta forma, o art. 37 da Carta passou a figurar com a seguinte redação, ensejando uma mudança de paradigmas na administração pública:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [...].(BRASIL, 1988).

Para Chiavenato (1994) as organizações privadas ou públicas devem ser estudadas simultaneamente sob o enfoque da eficácia e da eficiência. Para o autor,

“eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. [...] A eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível [...]” (p.70).

Da leitura do inciso II, do artigo 74 da Constituição Federal de 1988, que trata de um sistema de controle interno integrado entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, compreende-se que a Carta Magna anota a diferença entre eficiência e eficácia: “comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária [...]”.

O conceito de eficiência não se confunde com o de eficácia, conforme indica Torres (2004):

Esta última é a concreção dos objetivos desejados por determinada ação do Estado, não sendo levados em consideração os meios e os mecanismos utilizados para tanto. Assim, o Estado pode ser eficaz em resolver o problema do analfabetismo no Brasil, mas pode estar fazendo isso com mais recursos do que necessitaria. Na eficiência, por sua vez, há clara preocupação com os mecanismos que foram usados para a obtenção do êxito na atividade do Estado. Assim, procura-se buscar os meios mais econômicos e viáveis, para maximizar os resultados e minimizar os custos. Em síntese: é atingir o objetivo com o menor custo e os melhores resultados possíveis. (TORRES 2004, p.175)

Um conceito mais complexo que eficiência e eficácia foi acrescido à literatura especializada recentemente com aplicação na área privada e pública. Trata-se da efetividade, a qual defronta em que medida os resultados de uma ação trazem benefícios à sociedade. Observa-se, então, que o conceito de efetividade é mais abrangente que o da eficácia, ao passo que esta indica se o objetivo foi alcançado, enquanto aquela mostra se tal objetivo trouxe melhorias à população visada (DALF, 1999).

Para Torres (2004), efetividade:

É o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores são beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para a implementação das políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração pública do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito. (TORRES 2004, p.175)

Do acima exposto, comprova-se que as ações públicas precisam ser não apenas eficazes, mas eficientes e, principalmente, efetivas.

A eficiência, no entanto, não significa necessariamente qualidade. Se os recursos à saúde forem escassos, mas, se mesmo assim houver um grande número de atendimentos com poucos erros na execução dos serviços (boa relação de custo e benefício), haverá eficiência, porém poderá não haver necessariamente qualidade do serviço público

Dessa forma, percebe-se que diferentemente da eficiência, que tem foco na relação custo-benefício, ou seja, no viés econômico, a efetividade preocupa-se com a qualidade do resultado, bem como com a necessidade de certas ações públicas, com o entendimento de que o governo deve, acima de tudo, prestar bons serviços.

Na área de saúde, acrescenta-se ainda o conceito de resolutividade, onde as ações e serviços de saúde devem atender também ao princípio de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência. Os serviços de saúde devem buscar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo. Essa é uma questão que cada vez fica mais complexa pela incorporação tecnológica cada vez maior e onde o sistema de encaminhamentos acaba por bloquear a capacidade de ser resolutivo. Cada vez mais se resolvem menos problemas que, mesmo os menos complexos, são encaminhados rotineiramente.

No que se refere aos serviços prestados na área de saúde pública, segundo Szwarcwald e col (2003), no Brasil, 58% da população se mostra insatisfeita com o funcionamento da assistência de saúde.

As causas de insatisfação mais alegadas pelos gestores públicos são, em geral, a insuficiente capacidade de atendimento, que decorre das limitações encontradas nas estruturas físicas destinadas ao atendimento, da quantidade insuficiente de profissionais especializados, bem como da falta de materiais de consumo, de equipamentos em quantidade insuficiente ou parados devido à falta de manutenção ou pela falta de suprimentos necessários ao seu funcionamento (SILVA, COSTA e TIBÉRIO, 2003).

Na visão de Costa Neto (2015), os conceitos de gestão pública se aplicam ao Sistema de Saúde do Exército:

O Serviço de Saúde do Exército Brasileiro adentra ao Século XXI com desafios a serem enfrentados em todos os níveis de suas áreas de atuação, em um cenário futuro de muitas incertezas, e onde deverá buscar atender o

seu usuário com eficiência, eficácia e efetividade, buscando economicidade para manter sua perenidade e viabilidade. (COSTA NETO, 2015, p. 6)

4 CENÁRIO DA SAÚDE

4.1 ASPECTOS HISTÓRICO-FILOSÓFICOS

Apesar deste trabalho não ser um estudo histórico ou filosófico, neste capítulo será necessário que se utilizar o arcabouço de ambas as ciências — História e Filosofia — de forma a melhor caracterizar o contexto/cenário aqui analisado.

De acordo com Gadotti (2007), do ponto-de-vista histórico, Educação e Saúde, embora não sejam seus únicos determinantes, integram o espectro de conhecimentos responsável pela melhoria da qualidade de vida e aumento da longevidade das populações.

No entanto, as últimas décadas têm apontado, mundialmente, um cenário do setor saúde particularmente desanimador: em primeiro plano, o aumento dos custos – inflação médica, sem aumento da capacidade resolutiva dos serviços; como pano de fundo, as restrições crescentes ao acesso à saúde, em função da elevação dos preços, no caso dos serviços privados, e a queda da qualidade, no caso dos serviços públicos, uma vez que os orçamentos governamentais, apesar do aumento da parcela de recursos orçamentários destinados à saúde, não conseguem acompanhar a escalada de custos (MALAGON-LONDONO, MOREIRA e LAVERDE, 2003).

Todos esses elementos, por sua vez, culminam com a crescente insatisfação dos usuários, profissionais e financiadores, todavia haja significativos avanços tecnológicos na saúde e multiplicação de médicos e serviços.

A evolução do hospital ao longo dos séculos é decorrente de transformações socioculturais. De instituição focada na assistência aos pobres e doentes, passa a ter o objetivo de curar. Um dos aspectos dessa evolução refere-se à qualidade da assistência prestada aos doentes e à evolução do conceito de paciente, o que vai se refletir na maneira de cuidar. (LIMA, 2007)

A transformação histórica vivenciada pelas instituições nosocomiais podem assim ser apresentadas:

O hospital só passa a ter o objetivo de cura no século XVIII, quando a Medicina se torna uma prática hospitalar. Antes disso, os médicos cuidavam dos pacientes em suas casas e aqueles que não tinham condições financeiras iam para os hospitais. Portanto, o hospital era uma instituição voltada à assistência aos pobres e doentes, mais com o objetivo de proteger a sociedade de um possível contágio, do que do tratamento dos doentes.

Quem trabalhava nos hospitais era um pessoal religioso ou leigo, que buscava fazer caridade e conseguir sua própria salvação através desse cuidado. Os doentes iam para o hospital para terem um local onde morrer e

talvez conseguirem alcançar sua própria salvação. O hospital não tinha preocupação com os corpos, mas sim com as almas dos enfermos.

Com a Revolução Industrial, o rápido crescimento das cidades agravou as condições de vida das classes mais pobres e, sobretudo, os novos desenvolvimentos tecnológicos exigiam um fluxo mais ordenado do processo produtivo, requerendo mão de obra saudável. Com isso, as pesquisas na área médica foram intensificadas e surgiram novas técnicas no campo do conhecimento científico que alteraram a prática clínico-cirúrgica nos hospitais. Os processos de diagnósticos, terapêuticos e preventivos tornaram difícil, senão impossível, o médico trabalhar sem os modernos equipamentos e os recursos humanos gerais e especializados na medicina moderna, concentrada nos hospitais.

A divisão do trabalho e a especialização crescente aumentaram os investimentos no setor, atingindo a medicina como profissão. O antigo médico de família, capaz de guardar em uma maleta de mão todo o seu arsenal diagnóstico e terapêutico, foi substituído por um profissional ultraespecializado. A cada dia surgem novas técnicas de diagnóstico que podem identificar problemas que antes permaneciam ocultos. Há novas terapias de cura. Novas técnicas cirúrgicas prolongam a vida dos pacientes que há algum tempo teriam expectativa zero de sobrevivência. A cada dia, os profissionais de saúde tornam-se mais especializados.

A transformação do hospital foi decorrente da necessidade de anulação de seus efeitos negativos, ou seja, como era local de acúmulo de pessoas doentes, tornava-se um foco de doenças e um perigo para sociedade. O hospital foi então reordenado através de uma tecnologia política, a disciplina, uma técnica de exercício de poder, permitindo controlar as atividades, ou seja, as pessoas que prestavam serviços, como também as que buscavam tratamento. (LIMA, 2007, p. 25-26).

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Uma organização é um sistema composto por atividades humanas nos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns (CHIAVENATO, 2000).

De acordo com o autor supracitado, a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, às quais estão sujeitas as numerosas e mutáveis influências: demográficas econômico-financeiras; sociais e culturais; legislativas; tecnológicas e funcionais.

A definição de organização hospitalar é apresentada por Almeida (1983):

Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos: planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos ou menos

afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins. (ALMEIDA, 1983, p.105)

Entretanto, Rocchi (1989, p.19) define que: “os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa”. Para este autor, os hospitais modernos podem atuar nas seguintes abordagens:

Na área preventiva fornece à comunidade:

- serviços preventivos como educação sanitária, pré-natal e vigilância no parto normal;
- prevenção da invalidez física e mental; e
- auxílio nas campanhas de vacinação, organização de cursos e palestras como também distribuição de informativos com a finalidade de incentivar a prevenção de doenças.

Na área curativa:

- deve manter atividades de diagnóstico;
- propiciar tratamento curativo de enfermidade;
- oferecer um serviço de alto nível no desempenho tanto de recursos humanos, assistência quanto materiais; e
- oferecer aos pacientes em casos de urgência.

Na área educativa:

- adaptar cada centro no hospital para garantir um estágio de alta qualidade aos profissionais de saúde;
- oferecer cursos, seminários e simpósios aos chefes e diretores de unidades administrativas;
- promover cursos na área da saúde e ampliar o campo de literatura específica aos servidores que trabalham na instituição; e
- manter um número suficiente de convênios com entidades educacionais para residência e estágios oficiais.

Na área de pesquisa:

- promover e incentivar pesquisas clínicas e na área administrativa; e
- procurar manter dados atualizados de todas as áreas do hospital.

Médici e Marques (1996) destacam que as instituições hospitalares possuem peculiaridades que são perfeitamente compreendidas quando:

O indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo de exame ou medicamento irá consumir. (MÉDICI E MARQUES, 1996, p.43).

Para Machline e col (1979), as organizações hospitalares se diferenciam de outros tipos de organizações, pois suas atividades possuem características próprias, tais como:

- serviços de atenção e tratamento personalizado para pacientes individuais;
- dependência das necessidades e demanda de seus clientes;
- definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção;
- pouco controle sobre os trabalhadores e sobre os pacientes;
- organização não baseada em linha única de autoridade, já que o administrador do hospitalar detém menos autoridade e poder em relação as outras organizações; e
- organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja a operacionalidade repousa no arranjo o trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais.

É possível observar que um hospital é uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros (MACHLINE e col,1979).

No caso de hospitais militares o cenário é bastante peculiar. No caso específico do Exército Brasileiro, as missões das Organizações Militares de Saúde são bem estabelecidas e todas elas integram uma rede de complexidade crescente cujo último elo é o Hospital Central do Exército, localizado no Rio de Janeiro/RJ, primariamente orientado para o atendimento de saúde em grau terciário e quaternário, em suma, procedimentos de alta complexidade.

4.3 QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Qualidade é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso. A palavra "qualidade" tem um conceito subjetivo que está relacionada com as percepções, necessidades e resultados em cada indivíduo.

Diversos fatores, como a cultura, modelos mentais, tipo de produto ou serviço prestado, necessidades e expectativas influenciam diretamente a percepção da qualidade.

Com o intuito de se avaliar a qualidade do atendimento hospitalar várias propostas de sistemas de avaliação de serviços de saúde, tanto em nível conceitual de qualidade do atendimento quanto do processo e dos resultados foram apresentadas.

Na visão de controle de qualidade no atendimento médico a medida da satisfação do usuário, é apontada como fator preponderante de análise (LEMME, NORONHA e RESENDE, 2001).

A experiência internacional é controversa quanto à utilização da ótica do usuário na avaliação dos serviços de saúde. Não obstante, o estudo da satisfação do usuário tem ganho destaque na literatura, à medida em que se estabelece relações entre ela e certas características dos pacientes.

Assim, para Stratmann (1995) é factível pressupor que a decisão de se utilizar um serviço de saúde representa

O elo final de uma cadeia de decisões que se inicia com a percepção pessoal de uma necessidade biológica, caminha para a avaliação da necessidade de cuidado médico para esta alteração, interrogando-se ainda o tipo de cuidado médico ideal, qual serão os seus custos, etc. (STRATMANN, 1995, p. 538).

Ao se definir satisfação como uma variável causal são estabelecidas duas dimensões de análise: a primeira diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); a segunda refere-se à satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão à mesma. (LEMME, NORONHA e RESENDE, 2001; SZWARCOWALD e col, 2003).

Quanto à relação entre o grau de satisfação e características pessoais do usuário ainda persiste grande divergência entre os autores. Weiss (1988) elencou

quatro fatores como de maior relevância, quais sejam: [1] características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde; [2] características dos profissionais que prestam o atendimento incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado; [3] aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o "resultado" do encontro; e [4] fatores estruturais e ambientais, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros.

A discrepância entre os autores também é observada em relação à medida da satisfação com o processo ou o resultado do atendimento. Ainda, segundo Weiss (1988), existiriam fatores predisponentes, individuais, que teriam ação mais definida sobre o grau de satisfação, destacando-se entre eles:

- satisfação com a vida em geral e com a comunidade onde reside;
- nível de credibilidade nos médicos da região;
- sentimentos elevados de controle interno (quando o indivíduo considera-se responsável pela sua própria vida) e não de controle externo (quando imagina que a vida é determinada por fatores externos à sua pessoa);
- continuidade no tratamento garantida pela existência de oferta regular de cuidados e o atendimento sempre feito pelo mesmo profissional; e
- estado atual da saúde que poderia interferir não só pela gravidade do quadro apresentado que influenciaria de modo positivo ou negativo, mas também pela limitação física, psicológica, social ou mental decorrente da doença.

Em estudo de avaliação da qualidade de serviços de saúde (SANTOS, 1995), foi observado que, entre as reclamações dos usuários, aparece com frequência o "não ter conseguido tudo o que precisavam".

A qualidade de um sistema de saúde, no enfoque da satisfação do usuário, pode ser comprometida quanto maior for o tempo de espera (gráfico 1), quer seja para o agendamento ou a efetiva realização de consultas, pareceres especializados, exames de apoio ao diagnóstico ou cirurgias.

Assim, é razoável pressupor que a percepção da qualidade para o usuário do Sistema de Saúde do Exército esteja fortemente associada à disponibilidade de meios, prontidão de resposta e qualidade dos serviços, valores cultuados no ambiente castrense.

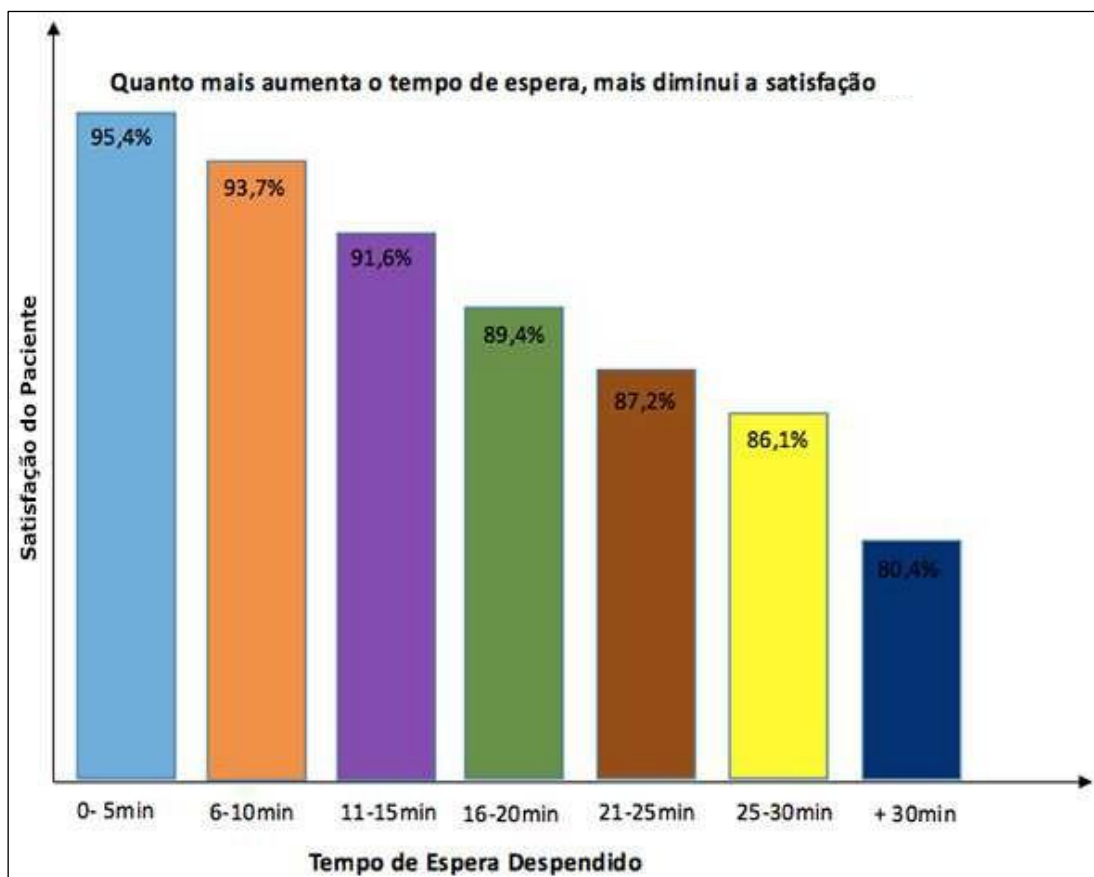


Gráfico 1 – Relação tempo de espera/satisfação do paciente

Fonte: Carvalho Sobrinho Segundo (2018)

5 O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

O Serviço de Saúde do Exército Brasileiro está presente de norte a sul do Brasil, provendo o apoio à Família Militar e à população brasileira, quando necessário, nos mais distantes rincões do País. Sua capilaridade nacional é expressa pela quantidade de organizações militares de saúde que o compõem, estruturadas de forma verticalizada, em graus variáveis de complexidade (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2017).

As Organizações Militares de Saúde (OMS) são integrantes do Sistema de Saúde do Exército, sendo classificadas conforme o grau de complexidade dos serviços ofertados, o número de usuários assistidos e a hierarquização de atendimento proposta no Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército.

De acordo com a Portaria nº 727, do Comandante do Exército, de 7 de outubro de 2009, as OMS se classificam em:

- Postos Médicos de Guarnição, tipos I, II, III e IV,
- Policlínicas Militares;
- Hospitais de Guarnição, tipos I, II, III e IV;
- Hospitais Gerais;
- Hospitais Militares de Área; e
- Organizações Militares de Saúde Especiais.

Os Postos Médicos de Guarnição são 28 (vinte e oito), distribuídos no território nacional nas seguintes localidades: Pouso Alegre-MG, Cruzeiro do Sul-AC, Dourados-MS, Barueri-SP, São Vicente-SP, Taubaté-SP, São Luís-MA, São Gabriel-RS, Corumbá-MS, Maceió-AL, Aracaju-SE, São Borja-RS e Santana do Livramento-RS, Campinas-SP, Cuiabá-MT, Tefé-AM, Rio Branco-AC, Vila Velha-ES, Cascavel-PR, Três Corações-MG, Cruz Alta-RS, Santo Ângelo-RS, Uruguaiana-RS, Teresina-PI, Pelotas-RS, Belo Horizonte-MG, Boa Vista-RR e Goiânia-GO.

As Policlínicas Militares, em um total de 4 (quatro), que prestam o atendimento ambulatorial e de apoio ao diagnóstico, localizam-se em Niterói-RJ, Rio de Janeiro-RJ (PMPV e PMRJ) e Porto Alegre-RS.

Os Hospitais de Guarnição, em número de 11 (onze), estão localizados em Alegrete-RS, Bagé-RS, Santiago-RS, Florianópolis-SC, João Pessoa-PB, Marabá-PA, Porto Velho-RO, Tabatinga-AM, São Gabriel da Cachoeira-AM, Santa Maria-RS e Natal-RN.

Os 06 (seis) Hospitais Gerais estão localizados no Rio de Janeiro-RJ, Juiz de Fora-MG, Curitiba-PR, Salvador-BA, Belém-PA e Fortaleza-CE.

Por sua vez, os 06 (seis) Hospitais Militares de Área estão sediados em Porto Alegre-RS, Recife-PE, São Paulo-SP, Campo Grande-MS, Brasília-DF e Manaus-AM.

O último elo na cadeia de evacuação médica, sendo referência do Sistema de Saúde do Exército, é o Hospital Central do Exército (HCE), Organização Militar de Saúde Especial, que está localizado no Rio de Janeiro-RJ.

Além do Hospital Central do Exército, as Organizações Militares de Saúde Especiais são:

- Centro de Recuperação de Itatiaia (CRI), em Itatiaia-RJ;
- Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEx), no Rio de Janeiro-RJ;
- Instituto de Biologia do Exército (IBEx), no Rio de Janeiro-RJ;
- Hospital Militar de Resende (H Mil Resende) , em Resende-RJ;
- Odontoclínica Central do Exército (OCEx), no Rio de Janeiro-RJ; e
- Hospital de Campanha (H Cmp), no Rio de Janeiro-RJ.

As OMS estão distribuídas no território nacional, sendo que para cada Comando Militar de Área existe um Hospital Militar de Área. Dos 08 (oito) Comandos Militares de Área do Exército Brasileiro, apenas os Comando Militar do Leste (CML) ¹, pelo fato de ter em sua área de responsabilidade o HCE, e o Comando Militar do Norte (CMN) ², ainda não foram contemplados com um Hospital Militar de Área.

Os Hospitais Militares de Área são estruturados para receberem evacuações médicas provenientes dos Hospitais Gerais (H Ge) e dos Hospitais de Guarnição (H Gu), quando esgotadas a capacidade técnica de atendimento médico-hospitalar destes. Mesmo assim, em algumas situações, os Hospitais Militares de Área não possuem a capacidade de absorção desta demanda, nem resolubilidade para atendimentos de média e alta complexidade, sendo necessário, portanto, o encaminhamento para as Organizações Civis de Saúde contratadas pelo Sistema de Saúde do Exército.

¹CML - abrange os Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais.

²CMN – abrange os Estados do Pará, Maranhão e Amapá..

A figura abaixo apresenta o posicionamento das OMS do Exército Brasileiro no País:

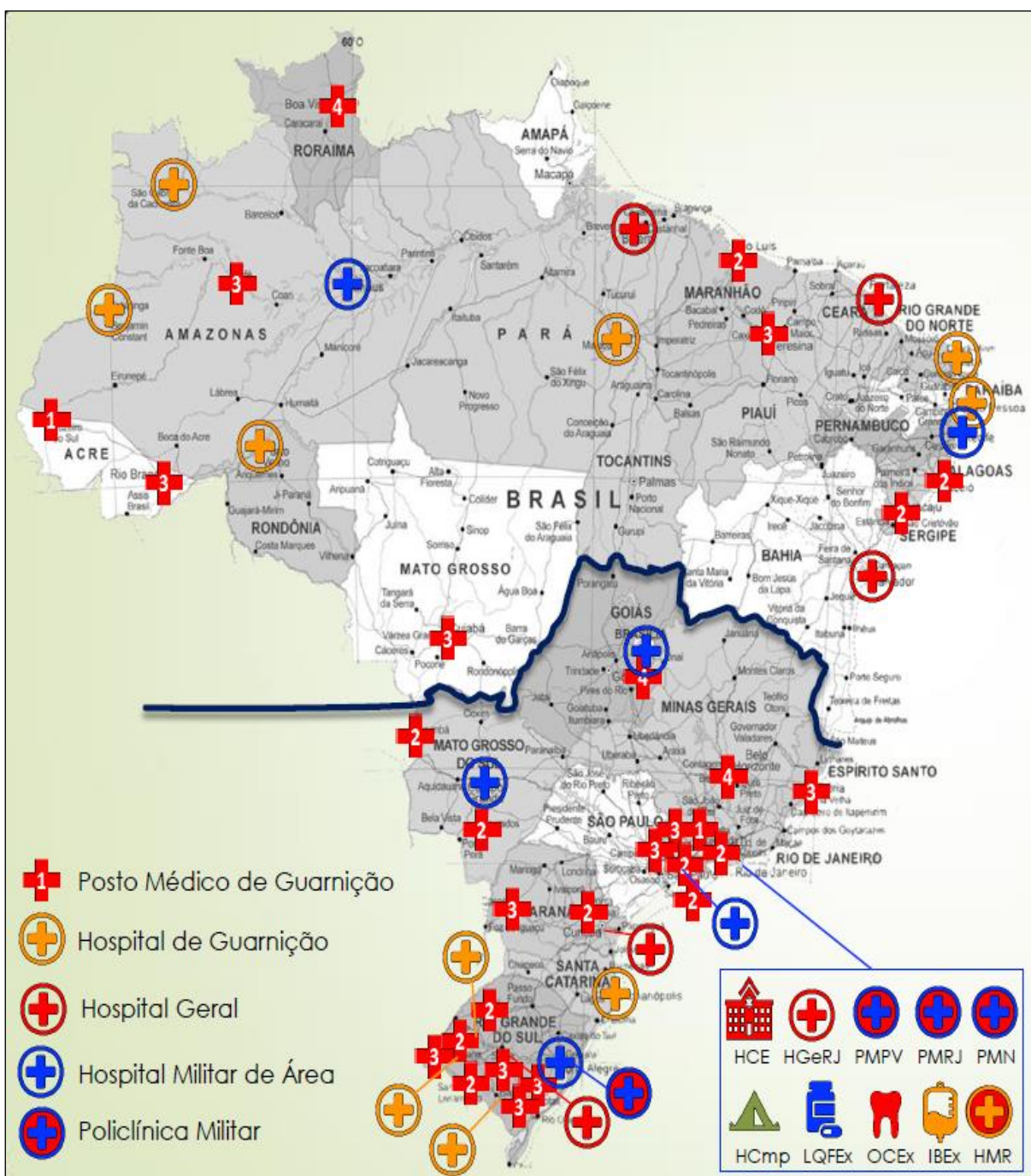


Figura 1 – Localização das Organizações Militares de Saúde, por Unidade da Federação³

Fonte: Departamento-Geral do Pessoal (2019)

³A figura retrata existência de OMS, em cada UF, sem a preocupação com a localização exata da cidade onde está localizada a OMS.

As Organizações Militares de saúde são responsáveis pelo atendimento dos seguintes beneficiários do Sistema de Saúde do Exército:

- militares, na ativa e na inatividade, e seus dependentes;
- pensionistas militares e seus dependentes;
- servidores civis, assim considerados, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de contrato temporário, na forma da Lei nº 8.745, de 1993, lotados no EB e inscritos no PASS, além dos pensionistas de servidores civis previamente inscritos no PASS; e
- ex-combatentes e pensionistas de ex-combatentes, bem como dependentes de ex-combatentes previstos no art. 5º da Lei nº 8.059, de 1990, e os dependentes das pensionistas de ex-combatentes previstos no art. 5º da Lei nº 8.059, de 1990, e instituídos em vida pelo gerador da pensão.

A prestação de atendimento médico-odontológico é um direito do militar e seus dependentes, estatuído na Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, regulado por meio do Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986, e das normas específicas da Força Terrestre. O atendimento aos servidores civis do Exército Brasileiro e aos ex-combatentes são regulados por legislação específica.

O Art. 11 do Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986, estabelece o seguinte acerca dos recursos financeiros para a Assistência Médico-Hospitalar ao militar e seus dependentes:

Os Ministérios Militares contarão, para a assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, com recursos financeiros oriundos de:

I - Dotações orçamentárias, consignadas no Orçamento da União através de propostas anuais dos Ministérios Militares, constituídas de:

- a) recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes;
- b) recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos;
- c) outros recursos que visem à assistência médico-hospitalar.

II - Receitas extra-orçamentárias provenientes de:

- a) contribuições mensais para os fundos de saúde;
- b) indenizações de atos médicos, paramédicos e serviços afins;
- c) receitas provenientes da prestação de serviços médico-hospitalares através de convênios e/ou contratos;
- d) receitas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. Os recursos financeiros, consignados anualmente no Orçamento da União para cada Ministério Militar, destinados a atender às despesas correntes e de capital das organizações de saúde, independem das dotações orçamentárias especificadas neste artigo e não constituem objeto deste decreto. (BRASIL, 1986).

A Portaria nº 878, do Comandante do Exército, de 28 de novembro de 2006, aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes – SAMMED (IG 30-16) e dá outras providências, regulando, dessa forma, a Assistência Médico-Hospitalar no âmbito da Força Terrestre. .

O número de beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro é de aproximadamente 733 mil usuários (figura 2).

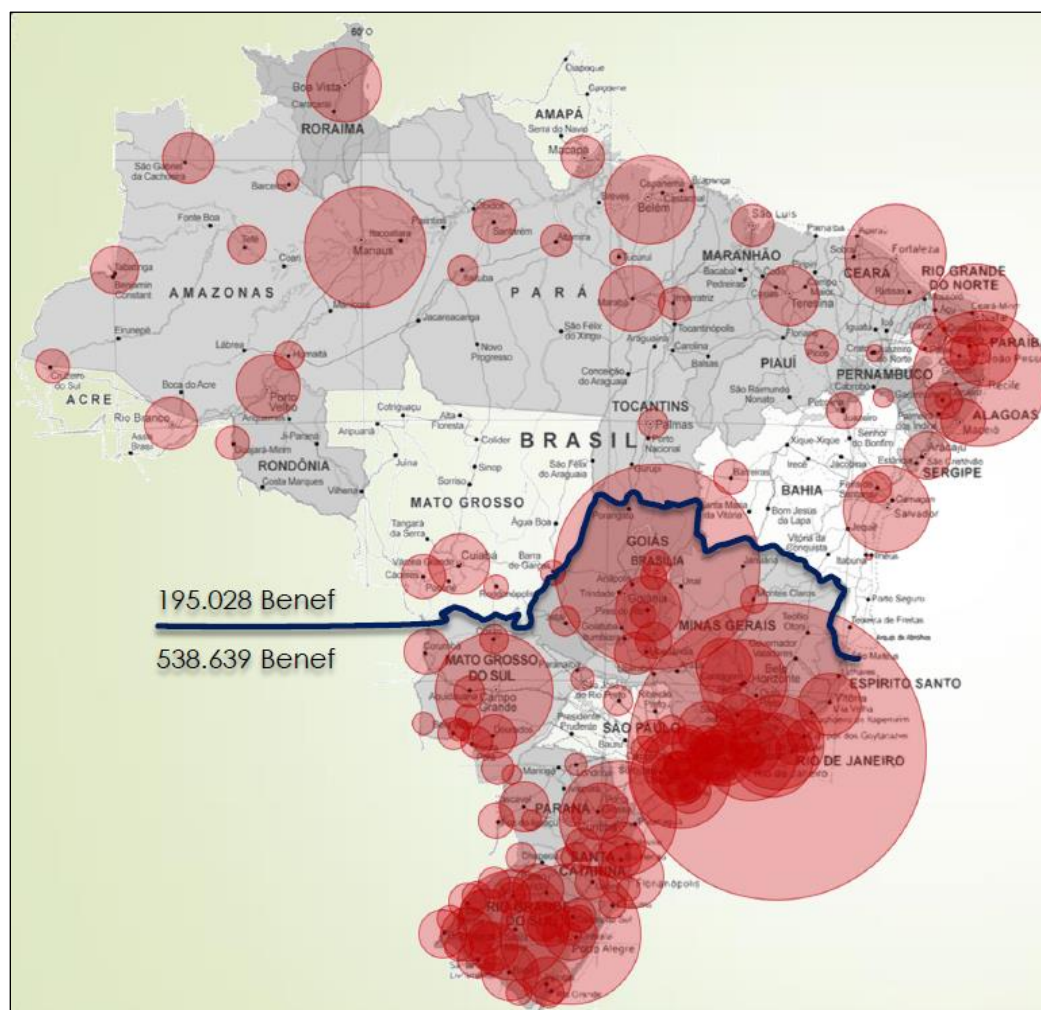


Figura 2 – Distribuição dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército

Fonte: Departamento-Geral do Pessoal (2019)

Dentre os atendidos pelo SAMMED, cerca de 600 mil também são beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), que é uma fonte de recursos que se destina

a complementar a assistência à saúde, ampliando o atendimento prestado pelo SAMMED.

A Portaria nº 653, de 30 de agosto de 2005, que aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32), alterada, dentre outros diplomas normativos, pela Portaria nº 318-DGP, de 30 de dezembro de 2013, regula o FUSEX que possui uma rede de saúde complementar de aproximadamente, 6.500 Organizações Civas de Saúde (OCS) e 3.500 Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), contratados, conveniados ou credenciados.

O FUSEX possui genericamente as seguintes características de cobertura assistencial aos seus beneficiários:

- inexistência de carência;
- não possui limite de prazo para internações hospitalares;
- não possui limite de prazo para internações em UTI;
- possui ampla cobertura de procedimentos;
- não restringe novas tecnologias, desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira;
- proporciona atendimento odontológico;
- fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos;
- fornece, em muitos casos, medicamentos de alto custo;
- tem baixo valor de contribuição, em comparação com os planos de saúde, principalmente para os militares de menores graus hierárquicos;
- possibilita atendimento no exterior, em casos excepcionais;
- proporciona evacuação terrestre e aeromédica; e,
- onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

O FUSEX é constituído de recursos oriundos de contribuições obrigatórias e de indenizações pelos atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais prestados aos militares do Exército, na ativa e na inatividade, dos pensionistas e de seus respectivos dependentes.

Aproximadamente 65% dos recursos do Sistema de Saúde do Exército, são oriundos das contribuições obrigatórias e indenizações recolhidas dos integrantes do FUSEX. A diferença é complementada com recursos orçamentários conforme estabelece a Legislação vigente.

O desconto das contribuições obrigatórias é feito diretamente em contracheque com base no valor do Soldo. Cabe ressaltar que há, ainda, coparticipação dos usuários do Sistema com a indenização ao FUSEx na ordem de 20% do custo total dos procedimentos realizados nas OMS e nos serviços conveniados. A diferença (80%) é absorvida pelo FUSEx.

Atualmente, o efetivo existente de pessoal de saúde nas OMS, particularmente de médicos, enfermeiros e técnicos, está aquém do necessário para atendimento das atribuições previstas, tanto pela dificuldade no recrutamento de pessoal, quanto pelo aumento dos pedidos de demissão e pela baixa procura nos concursos públicos para as escolas de formação.

A preocupação com o envelhecimento populacional e o aumento da demanda dos cidadãos no acesso aos serviços médicos, criou uma urgência para abordar a eficiência dos sistemas de assistência à saúde. Esta urgência se agrava com cenários atuais de recessão econômica global e com a pressão sobre os gastos públicos.

Segundo projeção realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018 a expectativa de vida do brasileiro ao nascer alcançou a maior média da história, com a longevidade chegando a 76 anos. Um salto de 22 anos em relação ao registrado na década de 1960, por exemplo, quando a média chegava a 54 anos.

A expansão da sobrevida dos beneficiários militares trouxe impactos para o Sistema de Saúde do Exército, principalmente se levarmos em consideração que os índices anteriormente citados se referem à média da população em geral e que os militares, em função das características da profissão, têm uma expectativa de sobrevida superior a esta média.

Além disso, na terceira idade é que se agravam as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, alguns tipos de câncer (mama, próstata, pele), pneumonias, enfisemas e bronquites crônicas, infecções urinárias, diabetes, osteoporose, osteoartrose, cataratas, perda da audição, doença de Parkinson, Mal de Alzheimer e demência (mental ou esclerose), entre outras.

O reflexo desta sobrevida é um acréscimo na demanda de consultas por determinadas especialidades, além de leitos para internação e recuperação, salas cirúrgicas e leitos em UTI, bem como na realização de exames complementares.

Diante desta nova situação, no âmbito do Exército Brasileiro, a alternativa tem sido o encaminhamento para OCS/PSA das necessidades que ultrapassam a

capacidade das OMS. Em se tratando de atendimento de alta complexidade a demanda atinge, em média, 60% (sessenta por cento) dos gastos anuais com encaminhamentos para a complementariedade ao Sistema de Saúde do Exército (OCS e PSA).

De acordo com o Departamento-Geral do Pessoal, em 2018 foram aplicados cerca de 1 bilhão e duzentos milhões de reais em encaminhamentos de atendimentos médico-hospitalares do Sistema de Saúde do Exército para OCS/PSA, a um custo médio quatro vezes superior ao procedimento realizado nas OMS da Força Terrestre (figura 3).

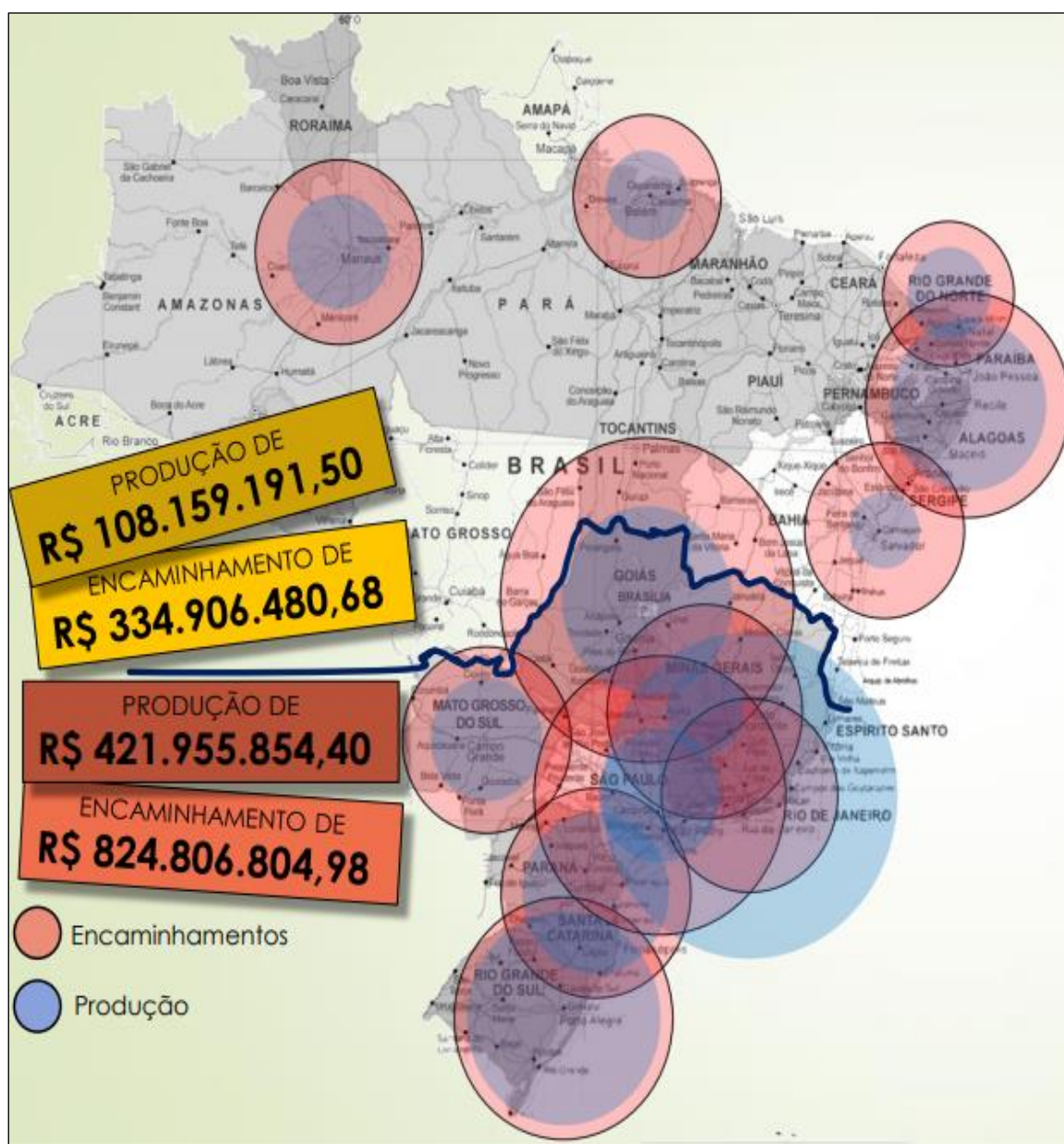


Figura 3 – Custo de encaminhamentos para OCS/PSA em 2018
Fonte: Departamento-Geral do Pessoal (2019)

A Portaria nº 457, do Comandante do Exército, de 15 de julho de 2009, estabeleceu diretrizes para a Revitalização do Serviço de Saúde, apontando, no cenário da Assistência Médico-Hospitalar, os efeitos da evolução tecnológica e a maior complexidade terapêutica, entre outros fatores, como causas da chamada “inflação médica” (Variação dos Custos Médico-Hospitalares – VCMH) que eleva sem medidas os custos com a assistência (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2009).

O índice de VCMH ficou em 16,9% no ano de 2018. A título de comparação, a inflação geral do País, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ficou em 2,7%, neste mesmo ano.

A inflação médica, é a variação dos custos médico-hospitalares em determinado período, medindo a frequência de uso dos serviços de saúde e as oscilações dos valores praticados pelos planos de saúde.

O aumento da VCMH é um dos indicadores mais importantes do setor de saúde e é utilizado como referência do comportamento de custos, o seu aumento se dá, dentre outros motivos, pela adoção de novas tecnologias sem a exigência de estudos de custo-efetividade e pela maior participação de idosos no total da população, o que impacta diretamente na demanda de serviços de saúde, em especial de internações.

Por meio do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército inicialmente e, atualmente, o Contrato de Objetivos do Departamento-Geral do Pessoal, as OMS estão recebendo equipamentos, principalmente de exames de imagem de alta tecnologia, buscando-se, assim, dispensar um melhor atendimento ao beneficiário do Sistema de Saúde do Exército.

Tais políticas institucionais visam permitir que as OMS sejam aparelhadas com equipamentos de última geração tecnológica, diminuindo gastos com manutenção e propiciando melhoria acentuada na assistência médico-hospitalar aos usuários.

Porém, observa-se que, mesmo com estas iniciativas, ainda há diversas localidades que carecem de investimentos em saúde, necessários para reduzir os excessivos custos com encaminhamentos para as OCS. Além disso, muitos dos equipamentos, atualmente em operação, possuem alto custo de manutenção, devido à rápida obsolescência tecnológica dos mesmos, às dificuldades na obtenção de peças de reposição, bem como a carência de profissionais especializados, aptos a executar a sua manutenção ou mesmo o seu manuseio, quer seja, a operacionalização dos equipamentos de saúde.

O cenário (situação), ainda atual, da Assistência Médico-Hospitalar foi apresentado na Portaria nº 457, do Comandante do Exército:

4. PLANO DE REVITALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO
a. Cenário da Assistência Médico-Hospitalar no Exército (Situação)

1) O aumento da expectativa média de vida da população brasileira, elevando o nível de geriatria, os efeitos da evolução tecnológica na assistência à saúde, a maior complexidade terapêutica, o surgimento de novas especialidades, levando ao que se costuma chamar de "inflação médica" muito superior à inflação normal, acarretam uma elevação sem medida dos custos da assistência médico-hospitalar.

2) O Sistema de Assistência Médica aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes (SAMMED) vem sendo influenciado pela distribuição nacional das Organizações Militares de Saúde (OMS), cujas características regionais as tomam peculiares, bem como pelos efeitos do cenário conjuntural da saúde, impactando o atendimento à família militar e dificultando o recrutamento e a permanência de Oficiais Médicos no Exército Brasileiro.

3) O avanço tecnológico continuado dos serviços médico-hospitalares determina a necessidade de capacitação e especialização dos profissionais médicos do Exército e de modernização das OMS, visando ao aumento da resolubilidade e da qualidade da assistência à saúde. [...] (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2009).

Com base no cenário identificado, o Comando do Exército estabeleceu na mesma Portaria, as ações que deveriam ser implementadas e os Programas/Projetos a serem implantados a fim de revitalizar o Serviço de Saúde:

[...]

b. Ações

A fim de revitalizar o Serviço de Saúde do Exército, deverão ser implementadas as seguintes ações:

- 1) compatibilizar a oferta de serviços especializados com a demanda histórica das OMS, reclassificando os hospitais e os postos médicos, bem como reestruturando os cargos dos médicos especialistas;
- 2) implantar um programa de capacitação e de atualização profissional dos recursos humanos de saúde;
- 3) reduzir o hiato tecnológico dos serviços funcionais de saúde;
- 4) reestruturar o plano de carreira específico para o quadro de Oficiais Médicos;
- 5) uniformizar e informatizar o processo de gestão das OMS;
- 6) fomentar a medicina alternativa, inclusive a acupuntura e demais terapias alternativas e complementares reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, visando a redução dos custos de assistência médica;
- 7) atualizar a medicina operacional
- 8) modernizar os serviços de hotelaria hospitalar;
- 9) simplificar e atualizar a legislação de saúde;
- 10) incentivar o moral e induzir o espírito de corpo no Serviço de Saúde; e
- 11) organizar o Serviço de Saúde segundo os fundamentos da teoria geral de sistemas.

c) Programa e Projetos

Deverão ser implantados os seguintes programas e projetos:

- 1) Programa de Capacitação e Atualização Profissional da Diretoria de Saúde (PROCAP/DSau)
- 2) Projeto de Reclassificação das OMS;
- 3) Projeto de Redimensionamento das Especialidades Médicas;
- 4) Projeto de Reestruturação do Plano de Cargos Específico para o Quadro de Oficiais Médicos;
- 5) Projeto de Redução do Hiato Tecnológico nas OMS;
- 6) Projeto de Tecnologia da Informação no Serviço de Saúde;
- 7) Projeto de Hotelaria Hospitalar;
- 8) Projeto de Fomento às Terapias Alternativas;
- 9) Projeto de Modernização da Medicina Operacional;
- 10) Projeto de Atualização e Simplificação da Legislação de Saúde;
- 11) Projeto de Reestruturação do Serviço de Saúde;
- 12) Projeto de Formação e Especialização dos Quadros do Serviço de Saúde;
- 13) Projeto de Comunicação Social. [...]. (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2009)

6 PROCESSO LICITATÓRIO PÚBLICO

A aquisição, alienação ou locação de bens ou contratação de serviços realizadas por entes públicos difere das compras realizadas por instituições privadas.

De acordo com Bandeira de Mello (2003) o regramento imposto pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, determina a realização de processo licitatório público, em suas diversas modalidades, conforme estabelecido na artigo 37 da Constituição Federal, a saber:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...] (BRASIL, 1988).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em vigor, estabelece nos artigos 22, inciso XXVII, e 37, inciso XXI, que toda aquisição de bem ou contratação de serviço seja feita através de processo licitatório

[...]

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

[...]

XXVII- normas gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades, para as administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, obedecido o disposto no art. 37, XXI, e para as empresas públicas e sociedades de economia mista, nos termos do art. 173, § 1º, III;

[...]

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

[...]

XXI- ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure 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.

[...] (BRASIL, 1988)

Observa-se, ainda, que o parágrafo único do Artigo 22 da Constituição Federal estabelece que: “Lei complementar poderá autorizar os Estados a legislar sobre questões específicas das matérias relacionadas neste artigo.”

A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o inciso XXI do art. 37 da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Inicialmente, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, em seu Art. 22 prevê as seguintes modalidades de licitação:

São modalidades de licitação:

- I - concorrência;
- II - tomada de preços;
- III - convite;
- IV - concurso;
- V - leilão.

§ 1º Concorrência é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto.

§ 2º Tomada de preços é a modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.

§ 3º Convite é a modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três) pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas.

§ 4º Concurso é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 5º Leilão é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, ou para a alienação de bens imóveis prevista no art. 19, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação” (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 1994). (BRASIL, .1993)

Convém salientar que o Decreto nº 9.412, de 18 de junho de 2018, atualizou os valores das modalidades de licitação de que trata o art. 23, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, também conhecida como Lei de Licitações e Contratos (LCC), alterando o limite de três modalidades de licitação – convite, tomada de preços e concorrência. Os valores estabelecidos foram atualizados da seguinte forma, conforme estabelecido no seu Art 1º do Decreto em comento:

Os valores estabelecidos nos incisos I e II do caput do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, ficam atualizados nos seguintes termos:

I - para obras e serviços de engenharia:

- a) na modalidade convite - até R\$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais);
- b) na modalidade tomada de preços - até R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais); e
- c) na modalidade concorrência - acima de R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais); e

II - para compras e serviços não incluídos no inciso I:

- a) na modalidade convite - até R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais);
- b) na modalidade tomada de preços - até R\$ 1.430.000,00 (um milhão, quatrocentos e trinta mil reais); e
- c) na modalidade concorrência - acima de R\$ 1.430.000,00 (um milhão, quatrocentos e trinta mil reais). (BRASIL, 2018)

Ainda em relação a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, destacamos o que se segue, no tocante à dispensa de licitação:

Art.24 É dispensável a licitação:

[...]

II - para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso II do artigo anterior e para alienações, nos casos previstos nesta Lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez; (Redação dada pela Lei nº 9.648, de 1998)

[...]

IV - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos;

[...]

XVII - para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia; (Incluído pela Lei nº 8.883, de 1994) (BRASIL, 1993).

No que se refere à dispensa de licitação, os novos limites estabelecidos no Decreto nº 9.412, de 18 de junho de 2018 correspondem a 10% do previsto na modalidade convite, conforme estabelece a Lei de Licitações, em seu Artigo 24, ou seja, até R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais) para obras e serviços de engenharia e R\$ 17.600,00 (dezessete mil e seiscentos reais) para compras e serviços não incluídos na situação anterior.

Acerca da inexigibilidade de licitação a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, estabele que:

Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;

[...] (BRASIL, 1993)

A Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 instituiu, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.

Após, o Decreto nº 5.450, de 31 de Maio de 2005 regulamentou o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns. Segundo o art. 4º “caput” do Decreto nº 5.450, de 31 de Maio de 2005, a aquisição de bens e serviços comuns na Administração Pública deve ser empreendida através da modalidade Pregão, de preferência, em sua forma eletrônica.

Por último, o Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013 regulamentou o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

No que concerne especificamente ao Sistema de Registro de Preços (SRP), a par da modalidade concorrência prevista no art. 15, §3º, inciso I, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, o art. 11 da Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002 admitiu a utilização do Pregão para a efetivação do registro de preços para eventual contratação de bens e serviços comuns.

O Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, em seu art. 7º, caput, fez previsão no mesmo sentido, de maneira que se pode concluir que a utilização do pregão para registro de preços de bens comuns é a modalidade licitatória compatível com a legislação aplicável

No caso concreto, analisando todas as possibilidades disponíveis quanto à modalidade da licitação, sabe-se que o Pregão, por expressa disposição legal contida no art. 1º, da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, destina-se à aquisição de bens e serviços comuns. O parágrafo 1º, do mesmo dispositivo, dispõe sobre esta natureza, asseverando tratar-se dos bens e serviços cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.

Justen Filho (2004) após discorrer sobre as características necessariamente presentes nesses bens ou serviços, conclui definindo que “bem ou serviço comum é aquele que se apresenta sob identidade e características padronizadas e que se encontra disponível, a qualquer tempo, num mercado próprio”. (p. 29)

Assim, é possível enquadrar os itens a serem licitados como “bem comum”, sendo possível definir no Edital seus padrões de desempenho e qualidade por meio de especificações usuais no mercado, conforme classificação empregada pelo demandante.

O Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, em seu art. 3º, estabelece as situações em que o SRP poderá ser adotado:

Art. 3º O Sistema de Registro de Preços poderá ser adotado nas seguintes hipóteses:

I - quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes;

II - quando for conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas ou contratação de serviços remunerados por unidade de medida ou em regime de tarefa;

III - quando for conveniente a aquisição de bens ou a contratação de serviços para atendimento a mais de um órgão ou entidade, ou a programas de governo; ou

IV - quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Administração.

[...] (BRASIL, 2013)

Desta forma, a utilização do Sistema de Registro de Preços a ser justificada no Termo de Referência para cada aquisição/contratação, deverá ser fundamentada em fornecimento parcelado, contratações frequentes e sem a possibilidade de definição prévia do quantitativo, cujo enquadramento é no art. 3º, incisos I, II e IV, do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013.

Neste caso, pode-se constatar que o enquadramento no SRP se refere, obrigatoriamente, à aquisição de material de consumo, visto que a cessão dos equipamentos por comodato, por si só, não se subsume à nenhuma das hipóteses dos incisos do art. 3º do Decreto.

Esta constatação descarta as demais hipóteses de aplicação de outras modalidades de licitação, a contratação por dispensa, ou ainda, a inexigibilidade de processo licitatório, visto que todas essas opções não se aplicam ao caso concreto em função das características dos insumos/equipamentos, da necessidade de parcelamento, dos valores, das quantidades, da falta de definição prévia dos quantitativos que podem oscilar em função das demandas, dentre tantos outros aspectos.

Quanto à necessidade de agrupamento dos itens e adjudicação global é factível apresentar os seguintes motivos, considerando que a licitação por lote único permite a utilização de uma única metodologia no processamento:

- a) os itens são de mesma natureza e guardam relação entre si;
- b) há no mercado diversas empresas capazes de atender ao fornecimento simultâneo de todos os itens que fazem parte dos grupos;
- c) o fato de a licitação ser por grupo, também recai no fato de buscar diminuir o número de fornecedores contratados, com vistas a preservar o máximo possível a rotina da unidade, que é afetada por eventuais descompassos no fornecimento dos produtos por diferentes fornecedores. Nessa linha, o fato de lidar com um único fornecedor de cada linha de produtos/materiais diminui o custo administrativo de gerenciamento de todo o processo de contratação: fornecimento, vida útil dos produtos/materiais e garantias deles.

De acordo com a súmula nº 247 do Tribunal de Contas da União (TCU), temos que:

É obrigatória a admissão da adjudicação por item e não por preço global, nos editais das licitações para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, cujo objeto seja divisível, desde que não haja prejuízo para o conjunto ou complexo ou perda de economia de escala, tendo em vista o objetivo de propiciar a ampla participação de licitantes que, embora não dispondo de capacidade para a execução, fornecimento ou aquisição da totalidade do objeto, possam fazê-lo com relação a itens ou unidades autônomas, devendo as exigências de habilitação adequar-se a essa divisibilidade.(TCU, 2004).

No entanto, se o objeto não é divisível, caso seja licitado por item, além do provável insucesso do certame, causaria um verdadeiro descompasso na padronização e na conduta na realização do mesmo, visto que haveria mais de um equipamento para a obtenção de um produto final que agregue eficiência, agilidade e qualidade.

É possível, ainda, apresentarmos outros argumentos para agrupamento de itens:

- a) o alto nível de complexidade dos modernos equipamentos médicos e hospitalares, bem como o elevado custo de aquisição destes, implicam na necessidade de aquisição destes equipamentos como se pertencentes a um sistema único, a ser adquirido como um todo, sem parcelamento, em virtude de sua alta complexidade técnica, visando proporcionar maior otimização e economicidade, uma vez que a administração poderia encontrar dificuldades técnicas em arbitrar e conciliar características específicas de equipamentos fornecidos por empresas distintas que atuem em atividades semelhantes. Tal impasse poderia gerar prejuízos e/ou

descontinuidade na execução de serviço essencial para o funcionamento da Organização Militar de Saúde;

b) a utilização de uma solução que permita a total integração só é possível se adotada a licitação de todos os itens solicitados em um único grupo;

c) a escolha de licitação por grupo único permite a otimização dos recursos proporcionado pela economia em escala obtida pela integração e compatibilidade física dos equipamentos e no gerenciamento da manutenção dos mesmos;

d) caso houvesse licitação dividida em itens distintos e havendo vencedores diferentes para cada item, poderia não haver compatibilidade do sistema, pois cada fabricante possui tecnologia própria que em regra não se comunicam entre elas, o que tornaria a aquisição destes equipamentos desvantajosa;

e) a licitação por item, causaria prejuízo ao conjunto da licitação, prejudicando a integração dos itens do conjunto e aumentando os custos da Administração;

f) além da economia em escala, a integração do sistema acarreta maior comodidade aos usuários do Sistema de Saúde e agilidade no diagnóstico; e

g) um sistema padronizado e compatível apresenta, entre outras vantagens, maior eficiência, maior confiabilidade, bem como redução de erros decorrentes de falhas humanas e redução de gastos com manutenção.

Do acima exposto, infere-se que a aquisição do material de consumo atrai o enquadramento no SRP, uma vez que ocorre de forma parcelada.

Assim sendo, com base na análise da fundamentação legal, vislumbra-se a possibilidade de empregar a combinação de licitações, na modalidade pregão eletrônico, via SRP, com cessão de posse temporária de equipamentos médico-hospitalares, por meio de comodato ou , a fim de viabilizar a maximização de recursos financeiros disponíveis, a modernização e/ou a criação de serviços de saúde nas OMS.

É importante salientar que o contrato oriundo da contratação acima fica obrigatoriamente condicionado à vigência da Ata de Registro de Preços do Sistema de Registro de Preços, que tem validade máxima de 12 (doze) meses, improrrogável. Esta condição obriga a Administração a renovar seu processo de contratação anualmente, permitindo a realização das devidas adaptações e inserindo inovações tecnológicas inexistentes anteriormente e que surgiram no decorrer do contrato

vigente. Deste modo, a administração poderá sempre contar com o que há de mais moderno disponível no mercado.

Dentro deste contexto, portanto, na busca do aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços de saúde, justifica-se o aprimoramento dos processos licitatórios e a adoção de alternativas para a elevação ao máximo do emprego dos recursos financeiros, conforme apresentado por Barro (1990).

7 COMODATO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

7.1 COMODATO

De acordo com o Código Civil Brasileiro de 2002 (Lei nº 10.406/2002), comodato é o empréstimo para uso temporário, a título gratuito, de bens não fungíveis, para uso durante prazo certo, com posterior devolução deste bem que fora emprestado.

Poderia ser observado, a título de preliminar que, o objeto da licitação a ser realizada englobaria a contratação de um serviço (comodato de equipamento descrito no termo de referência, incluindo a aquisição de seus respectivos reagentes/serviço).

Todavia, não seria desarrazoado pensar que o contratado poderia embutir, no preço dos seus reagentes ou serviço, o custo do comodato e manutenção do equipamento cedido. O mais correto, em princípio, seria a divisão dos objetos em dois itens distintos: um para a contratação do serviço de locação e manutenção e outro para aquisição de reagentes, nada impedindo que a mesma empresa ganhasse ambos os itens do edital, desde que ofertasse preços mais vantajosos tanto no item referente ao serviço quanto ao item referente aos reagentes.

Neste contexto, há de se pensar na possibilidade de Órgãos de Consultoria Jurídica manifestarem-se no sentido de que, em tese, as exigências editalícias impostas por uma OMS afrontam ao disposto no art. 3º, §1º, inciso I da Lei nº 8.666/93, vez que impõe condição que restringe a competitividade, pois afasta do certame aquelas empresas que são dedicadas exclusivamente ao fornecimento de materiais e que não dispõem de equipamentos para serem cedidos em regime de comodato.

Desta forma, formular-se-ia uma tese que estaríamos diante de objetos totalmente distintos (aquisição de materiais e locação de equipamento), o que inviabilizaria a exigência de atendimento conjunto de ambos.

Assim, seria o mesmo que exigir que a empresa que fornecesse papel sulfite cedesse a impressora em regime de comodato. Portanto, na tese de um Órgão Consultivo de cunho jurídico, não existiria respaldo legal para exigir que a empresa que fosse fornecer os reagentes disponibilizasse também os equipamentos em comodato, pois além de encarecer a contratação, não se constituirá em meio que restrinja ou frustre o caráter da competitividade do certame (art. 3º, § 1º, I, da Lei n.º 8.666/93).

Caberia, neste caso hipotético, esclarecer aos Órgãos Consultivos, se necessário, que o objeto principal possui como condicionante o contrato acessório de empréstimo gratuito de bens infungíveis (equipamentos/aparelhos), do tipo comodato.

Dentre as principais vantagens geradas pela utilização do comodato, como forma de cessão de equipamentos, podemos citar:

- o acesso a equipamentos modernos e de alto custo de forma gratuita; e
- a possibilidade de acesso à novas tecnologias e à redução de despesas com os custos gerados pelas atividades de manutenção, pois é possível a inclusão dessas despesas como obrigação do comodante, ou seja, as despesas de manutenção e conservação podem correr por conta da empresa que cede o equipamento, desde que previsto no termo de contrato.

Esta desoneração de manutenção viabilizada por contratos de comodato torna-se muito atraente do ponto de vista administrativo, haja vista que a maioria das OMS não dispõem de Serviço de Engenharia Clínica e/ou de recursos humanos que possibilitem a realização das ações supra descritas e sua criação demandaria custo financeiro e operacional de elevado valor.

Não bastasse isso, quando se trata de equipamento em comodato, a empresa fornecedora é parte interessada e obrigada a fornecer todo o material acessório para o funcionamento do equipamento, visto que, à semelhança da máquina, também são acessórios exclusivos.

No regime de contratação com comodato, a contratada deve ainda fornecer o controle de qualidade e os calibradores de todos os equipamentos, material de alto valor agregado, também, personalizados, que são exigidos pela legislação técnica vigente RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.

De outro modo, optar pela compra ou locação dos equipamentos traz implicações relacionadas à uma exclusividade provocada, visto que, num primeiro momento, será licitada a aquisição de um equipamento e, após a celebração desse contrato de compra e venda, a Administração estará vinculada à aquisição de insumos da marca do fabricante do equipamento adquirido, enquanto este estiver em funcionamento e isso pode durar anos.

Assim, considerando a questão de equipamentos de laboratórios de análises clínicas, os próximos processos de aquisição de reagente estarão obrigatoriamente vinculados a marca do equipamento comprado ou alugado, pois tais equipamentos

possuem reagentes específicos e exclusivos para o seu regular funcionamento. Fato este, que reduziria muito a concorrência.

O regime de Comodato em associação com a aquisição de insumos por meio do Sistema de Registro de Preços, permite a otimização dos Recursos, por meio da vantajosidade técnica aliada à vantajosidade econômica, incentivando a livre concorrência entre as várias empresas fornecedoras finais, possibilitando a renovação tecnológica dos equipamentos renovados a cada 12 (doze) meses, uma vez que a vigência do certame é 12 (doze) meses.

Ao adotar-se o Comodato, não há afronta ao disposto no art. 3º, §1º, inciso I da Lei nº 8.666/93, vez que impõe condição que restringe a competitividade, pois o certame deverá ser estabelecido em critérios transparentes que possibilitem ampla participação de empresas consagradas que tenham capacidade plena em atender aos requisitos estabelecidos no edital, resguardando-se o principal objetivo da licitação, a isonomia.

Vale lembrar, conforme dito anteriormente, no âmbito administrativo a opção pela licitação tendo por objeto a locação resultaria em um processo licitatório e uma inexigibilidade ou vice e versa. Não é despiciendo rememorar que o contrato de comodato, a teor do art. 579 do Código Civil, constitui empréstimo gratuito de coisa não fungível. Por fim, a modalidade escolhida, embora seja mais complexa, é mais dinâmica e vantajosa.

7.2 LOCAÇÃO

O artigo 565 do Código Civil de 2002, recepcionou o artigo 1.188 do Código Civil de 1916 definindo que "na locação de coisas, uma das partes se obriga a ceder à outra, por tempo determinado ou não, o uso e gozo de coisa não fungível, mediante certa retribuição". (BRASIL, 2002).

Vale atentar para o seguinte fato: é de conhecimento público a política de fidelidade das grandes marcas com os seus distribuidores, por esta razão, em um processo licitatório destinado a locação de um determinado equipamento estar vinculado diretamente à aquisição de reagentes do mesmo fabricante vencedor do certame da locação.

Notoriamente tem-se existência de uma venda "casada", uma vez que não se pode usar um reagente Y em um equipamento X, assim como se fosse usar óleo diesel

em um veículo à gasolina. Nessa linha de raciocínio o licitante poderia vencer um certame com baixo custo na locação do equipamento e elevar acima dos valores de mercado os preços dos reagentes, uma vez que os distribuidores possuem fidelidade das grandes marcas.

Desta forma, a utilização do Sistema de Registro de Preços a ser justificada no Termo de Referência para cada locação de equipamento, poderá ser fundamentada, salvo melhor juízo, apenas quando visar ao atendimento a mais de um órgão, cujo enquadramento é no art. 3º, incisos III, do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013:

[...]
III - quando for conveniente a aquisição de bens ou a contratação de serviços para atendimento a mais de um órgão ou entidade, ou a programas de governo; ou
[...].(BRASIL, 2013).

Neste caso, pode-se constatar que o enquadramento no SRP não se refere, obrigatoriamente, à aquisição de material de consumo, visto que a locação dos equipamentos, também se subsume à hipótese do inciso III do art. 3º do referido Decreto.

Entretanto, o Decreto nº 7.689, de 2 de março de 2012 estabeleceu, no âmbito do Poder Executivo federal, limites e instâncias de governança para a contratação de bens e serviços e para a realização de gastos com diárias e passagens.

A Portaria nº 249, de 13 de junho de 2012 estabeleceu normas complementares para o cumprimento do Decreto nº 7.689, de 2 de março de 2012. As contratações relativas a atividades de custeio devem ser entendidas como aquelas contratações diretamente relacionadas às atividades comuns a todos os órgãos e entidades que apoiam o desempenho de suas atividades institucionais, incluindo aquisição, manutenção e locação de veículos, máquinas e equipamentos, destacando que o enquadramento do objeto da contratação como atividade de custeio deve considerar a natureza das atividades contratadas, conforme disposto neste artigo, e não a classificação orçamentária da despesa

Cabe salientar a vigência da Portaria nº 179, de 22 de abril de 2019, do Ministério da Economia, que dispõe sobre medidas de racionalização do gasto público nas contratações para aquisição de bens e prestação de serviços, dentre outras providências e que prevê a suspensão das atividades de locação de máquinas e equipamentos pela Administração Federal.

Neste caso, a locação estaria sujeita a considerações sobre seus aspectos de relevância e urgência, excepcionalidades pontuais, quanto às suspensões previstas nos incisos IV e V do caput, do Art 1º da Portaria nº 179, de 22 de abril de 2019, e dependeriam de autorização por ato fundamentado da autoridade máxima do órgão, permitida a subdelegação, o que poderia ser autorizado ou não.

Ademais, a locação dos equipamentos poderia impor uma contração por inexigibilidade dos respectivos reagentes, ou vice versa, conforme previsão do Inciso I, Art 25 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993:

Registre-se, como meio de compreensão do assunto, o estudo realizado pela Diretoria de Saúde (D Sau) visando fornecer subsídios ao Departamento-Geral do Pessoal (DGP) a fim de que o mesmo respondesse aos questionamentos do Acórdão nº 6549/2016- 2ª Câmara do Tribunal de Contas da União, tendo como base o Pregão Eletrônico nº 8/2015 - DGP.

Naquela ocasião, houve um planejamento para a substituição do equipamento de ressonância magnética e periféricos do Hospital Militar de Área de Brasília (H Mil A Brasília), que foi iniciado no mês julho de 2015, de forma a também atender outras Organizações Militares de Saúde com demandas semelhantes, como no caso o Hospital Militar de Área de Manaus (H Mil A Manaus).

Por meio do levantamento da demanda, buscou-se a solução mais viável e exequível para propiciar uma melhora significativa na qualidade de atendimento e aumentar a satisfação dos usuários do Sistema de Saúde do Exército na área de Diagnóstico por Imagem.

O DGP com apoio técnico-normativo da D Sau, buscando a racionalização e a efetividade no emprego dos recursos públicos, promoveu o Pregão Eletrônico nº 8/2015. Primeiramente, o processo licitatório visou suprir as necessidades de adequação da área do Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) do H Mil A Brasília, a fim de expandir e aprimorar o atendimento médico-hospitalar por parte daquela OMS aos militares da ativa, inativos, servidores civis do Exército, seus dependentes e ex-combatentes. Após essa fase, este serviço seria disponibilizado para as outras OMS do Exército Brasileiro.

O Pregão Eletrônico nº 8/2015 do DGP foi realizado na modalidade de registro de preços e objetivou a contratação de empresa especializada para a locação de equipamento de diagnóstico por imagem por Ressonância Nuclear Magnética (RNM),

com readequação das instalações, instalação do aparelho novo, fornecimento de periféricos, manutenção preventiva e corretiva, bem como a cessão de horas técnicas de profissionais em radiologia habilitados na confecção de exames de ressonância magnética.

Ressalto que os Ministros do Tribunal de Contas da União, por meio do Acórdão nº 2.857/2017-TCU-2ª Câmara, consideraram que o estudo apresentado pelo DGP ao TCU atendeu as determinações consignadas no Acórdão nº 6.549/2016-TCU-2ª Câmara, validando desta forma o Estudo de Viabilidade realizado, comprovando no caso específico, que a locação era a modalidade de contratação mais vantajosa para a Administração Pública.

Do caso em comento, compreende-se que, em contraponto à locação, a opção por aquisição do equipamento de RNM depende de posterior realização de outros certames licitatórios, um para cada etapa do processo (aquisição do equipamento; aquisição dos periféricos compatíveis ao equipamento; aquisição de material de consumo compatível; contratação de serviço para retirada e descarte do equipamento obsoleto, se for o caso; adequação das instalações; montagem do equipamento; prestação de manutenção preventiva e corretiva com fornecimento de peças; e fornecimento de mão de obra especializada) até a o início do atendimento aos beneficiários.

Portanto, a necessidade de processos licitatórios distintos torna a conclusão do processo mais propensa a atrasos e outros imprevistos. Sendo assim, quanto maior a demora no início do atendimento interno, maior a necessidade de encaminhamento à rede de OCS/PSA conveniada ao Sistema de Saúde do Exército com custos muito mais elevados de modo a não interromper o atendimento aos pacientes. Tudo isso deve ser levado em consideração e impactará os custos.

Há de se considerar ainda, a possibilidade de, como uma alternativa à locação de equipamentos na área de diagnóstico por imagem, a contratação de serviços em uma OCS, com base em modelos realizados por outros órgão públicos, como por exemplo o Edital de Credenciamento nº 02/2012 da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/GDF), que propõe valores máximos de exames os pagos pela Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) majorados em 50%.

Estes valores propostos no Credenciamento do GDF para exames de imagens, referenciados pela Tabela SUS, são bem menores dos que os remunerados pelo

FUSEx às OCS pela Tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

No caso hipotético de utilizar-se uma modelagem análoga ao Edital de Credenciamento 02/2012 da SES/GDF, para localidades com grande demanda de exames (por exemplo Rio de Janeiro e Brasília), poder-se-ia ainda, cogitar uma imposição editalícia de credenciamento com dedicação exclusiva ou semi-exclusiva do equipamento ao beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, flexibilizando o seu uso em horários alternativos para outros públicos ou convênios.

8 RESULTADOS EM OMS DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Ao longo dos últimos anos, algumas OMS da Força Terrestre passaram a realizar processos licitatórios que apresentavam alternativas à simples aquisição de equipamentos médico-hospitalares, particularmente para as atividades pertinentes aos Laboratórios de Análises Clínicas, às áreas de Diagnóstico de Imagem e à Diagnose em Cardiologia.

Estas alternativas, parte de um Planejamento Estratégico adequado das OMS, visavam minimizar os impactos negativos da obsolescência do parque tecnológico de saúde e do não funcionamento dos equipamentos por falta de manutenção ou de operacionalização, que determinam insatisfação dos usuários (gerando uma percepção negativa da qualidade dos serviços ofertados) e acarretam um aumento acentuado nas despesas no âmbito do Sistema de Saúde do Exército.

Neste caso, a qualidade do serviço de saúde percebida pelos usuários também decorre do fato de que a falta das manutenções preventivas e corretivas, implicam na diminuição do tempo de vida útil e de calibração correta dos parâmetros técnicos, podendo ocorrer, em casos extremos, incidentes com os técnicos e com os pacientes, além de erros na produção ou na interpretação de resultados.

Para Sebbe e Zângaro (2005), a falta de planejamento nesta área concorre para a gradual degradação do patrimônio da instituição, que além perder o controle sobre as manutenções, perde também o controle sobre a atualização futura do seu parque de equipamentos devido à natural obsolescência.

Podemos destacar neste universo de OMS que buscaram alternativas à aquisição simples de equipamentos de saúde, a título de exemplificação de medidas administrativas bem sucedidas por meio de processos licitatórios para comodato e locação de equipamentos médico-hospitalares, as seguintes OMS, todas com subordinação Técnico-Normativo e Gerencial à Diretoria de Saúde do Exército:

a. Hospital Militar de Área de Manaus

O H Mil A Manaus é a Organização Militar de Saúde de referência da 12ª Região Militar, sendo um Hospital estratégico na Amazônia Ocidental, exercendo a missão de prestar assistência de saúde em caráter terciário, desenvolver o ensino e apoiar as demais OMS na Amazônia Ocidental.

Foi criado em 14 de fevereiro de 1953, com a denominação de Hospital Militar de Manaus, na época vinculado à 8ª Região Militar sediada em Belém/PA, recebendo a sua denominação atual em 1º de janeiro de 2010, já subordinado administrativamente ao Comando Militar da Amazônia e à 12ª Região Militar sediados em Manaus/AM.

Atualmente, o Hospital Militar de Área de Manaus presta atendimento médico-hospitalar, odontológico e laboratorial aos militares da ativa e da reserva, pensionistas e servidores civis do Exército, além de militares da Marinha, da Força Aérea e seus respectivos dependentes, totalizando mais de 50 mil vidas assistidas.

O Hospital dispõe de Serviço de Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Laboratório, Unidade de Apoio ao Diagnóstico, Unidade de Pacientes Internos, Unidade de Pacientes Externos e Odontoclínica.

Este ano o Hospital possui 09 (nove) equipamentos de Laboratório de Análises Clínicas (LAC) em comodato, nas áreas de bioquímica, hormônio e imunologia, microbiologia, urinálise, marcadores cardíacos e hematologia.

A produção interna do LAC do Hospital Militar de Área de Manaus nos últimos anos foi a seguinte:

- Ano de 2016: R\$ 1.737.065,75, com média mensal de R\$ 144.755,48
- Ano de 2017: R\$ 3.526.698,20, com média mensal de R\$ 293.891,52
- Ano de 2018: R\$ 4.175.925,53, com média mensal de R\$ 347.993,79
- Ano de 2019: média mensal até agosto: de R\$ 434.978,16

Ao final de 2018 foram realizados processos licitatórios para comodato de equipamentos de registros gráficos em cardiologia (ECG, Holter e MAPA).

Estes comodatos do LAC e da Cardiologia, iniciados em fevereiro de 2017 e outubro de 2018, respectivamente, possibilitaram que houvesse um incremento expressivo da produtividade interna do Hospital, com redução dos encaminhamentos e menor custo de indenização dos pacientes e, conseqüentemente, gerando maior satisfação dos usuários no tocante à prestação dos serviços ofertados.

b. Hospital Militar de Área de Porto Alegre

Em 1º julho de 1890 foi fundado o Hospital Militar de Área de Porto Alegre, através do Decreto nº 307 de 7 de abril 1890.

O Hospital Militar de Área de Porto Alegre é de médio porte, contando atualmente com 70 leitos, tendo como principal objetivo propiciar aos usuários do Sistema SAMMED/FUSEX (89 mil vidas) da 3ª Região Militar assistência de saúde com presteza e eficiência, numa relação harmoniosa entre recursos humanos, tecnológicos e científicos.

O Hospital possui um caso de sucesso há vários anos na locação de equipamento de Ressonância Magnética (RNM), obtendo uma autonomia na realização de exames de imagem de alta qualidade, com equipamento moderno e sem o ônus de manutenção ou de operacionalização. Na locação, se previu as adequações de infraestrutura necessárias à instalação do equipamento.

O caso em tela é de relato salutar pois estima-se que além dos fatores que envolvem a depreciação do equipamento e dos itens agregados ao contrato de locação, que deixam de ser responsabilidades da OMS, após 5 (cinco) anos de locação obtenha-se uma economia de cerca de 39% do valor que seria empregado na aquisição de um equipamento similar.

Considerando-se que equipamentos de RNM quando sob gestão de Órgãos da Administração Pública Direta ocorre a perda de 22% da produtividade/ano por fatores como a falta de profissional, afastamento por doença, falta de material, dias parados por falta de manutenção, pode ser aferido que no caso do Hospital Militar de Área de Porto Alegre haveria um gasto de cerca de R\$ 800 mil/ano com encaminhamentos para OCS pelo não funcionamento do equipamento em 53 dias/ano.

Desta forma, a locação do aparelho de RNM reveste-se de importância pois além da economia gerada ao Sistema de Saúde do Exército, permite que o usuário não desprenda recursos próprios para a indenização de serviços mais onerosos prestados em OCS mediante convênio e tenha facilidade para o agendamento dos exames na própria OMS.

c. Policlínica Militar de Porto Alegre

A Policlínica Militar de Porto Alegre (PMPA) foi criada em 19 de fevereiro de 1964 e possui a missão de prestar assistência em saúde, a nível ambulatorial, nas áreas médica, odontológica, farmacêutica e laboratorial aos usuários, com ênfase na qualidade dos serviços e na humanização no atendimento a cerca de 26 mil vidas.

Possui em suas instalações um Centro Cirúrgico Ambulatorial para procedimentos minimamente invasivos e de endoscopia digestiva.

A PMPA possui este ano 12 (doze) equipamentos de Laboratório de Análises Clínicas (LAC) em comodato, nas áreas de bioquímica, hematologia, hormônios, e urianálise.

A PMPA realiza, além dos exames da guarnição de Porto Alegre, também aqueles encaminhados de Postos Médico de Guarnição existentes na área da 3ª Região Militar.

A produção interna do LAC da PMPA nos últimos anos foi a seguinte:

- Ano de 2016: R\$ 5.128.000,00, com média mensal de R\$ 427.333,33
- Ano de 2017: R\$ 6.545.000,00, com média mensal de R\$ 545.416,67
- Ano de 2018: R\$ 7.365.000,00, com média mensal de R\$ 613.750,00
- Ano de 2019: média mensal até agosto: de R\$ 695.000,00

O comodato dos equipamentos de LAC pela PMPA possibilitou que aumentassem a confiabilidade, a celeridade e a qualidade na laudagem dos exames realizados, com uma expressiva economia de recursos do o Sistema de Saúde do Exército no âmbito da 3ª Região Militar.

d. Instituto de Biologia do Exército

Em 1894 foi assinado o decreto de criação do Laboratório Militar de Microscopia Clínica e Bacteriologia, passando à denominação atual de Instituto de Biologia do Exército (IBEx) em 1943, sendo primeira instituição dedicada à pesquisa e ao ensino da bacteriologia no Brasil, mesmo antes dessa ciência fazer parte dos currículos escolares das faculdades brasileiras.

O IBEx possui no momento 32 (trinta e dois) equipamentos de Laboratório de Análises Clínicas (LAC) em comodato, nas áreas de bioquímica, hormônios, imunologia, citologia, urinálise, bacteriologia, banco de sangue, hematologia, coagulação, eletroforese de proteínas e hemoglobina e diagnóstico molecular (DNA).

O Instituto realiza, além dos exames dos usuários da guarnição do Rio de Janeiro (136 mil vidas), também os exames encaminhados de outras OMS do Sistema de Saúde do Exército.

A produção interna do LAC do IBEx no ano de 2018 foi de R\$ 19.066.308,70, com média mensal de R\$ 1.588.859,06. Para-o ano de 2019 se projeta um aumento na produção de cerca de 30%.

O IBEx ao longo dos anos tem se destacado dentre as OMS do Exército na prestação de exames laboratoriais com qualidade e alta tecnologia, impactando positivamente a sua produção interna com a realização de exames que anteriormente eram encaminhados às OCS conveniadas. Alinhado a isso, destaca-se, com o apoio essencial do seu moderno parque tecnológico, nas áreas do ensino e pesquisa.

9 CONCLUSÕES

No presente estudo, verifica-se que a evolução constante da área de saúde, com o desenvolvimento de novas tecnologias determina que, cada vez mais, os equipamentos médico-hospitalares ofereçam suporte para o diagnóstico e tratamento aos profissionais de saúde. Este apoio técnico se estende desde a maior precisão dos diagnósticos médicos, da realização de procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e dos tratamentos, até a realização de pesquisas científicas.

O acesso a estas tecnologias mais recentes, que permitem maior qualidade e precisão no atendimento aos usuários à assistência médico-hospitalar, impõe um custo mais elevado aos sistemas que administram a área da saúde.

Estes custos elevados decorrem do emprego de recursos para se manter um parque tecnológico moderno, com aquisições planejadas e, ativo, nesse caso, por meio de contratos de manutenção preventiva ou corretiva por aparelhos ou áreas de emprego ou de contratação de firmas especializadas em Engenharia Clínica em atendimentos às normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, objetivando que estes bens possam desempenhar suas funções com a maior confiabilidade, segurança e eficácia.

No Sistema de Saúde do Exército, à medida que se reduz a capacidade de investimento para a aquisição de um parque tecnológico moderno, com baixo grau de obsolescência e mantido, para a adequada oferta de serviços de assistência à saúde da Família Militar, compromete-se a percepção de qualidade verificada pelos usuários do Sistema, aumentando o hiato tecnológico dos serviços médico-hospitalares existentes nas OMS e dificultando ou mesmo impedindo a criação de novos serviços.

A percepção de qualidade do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro pelo usuário das OMS permeia a oferta de vagas, a celeridade na marcação e na obtenção de resultados e a resolutividade dos serviços ofertados, particularmente aqueles de apoio ao diagnóstico, nas áreas laboratorial, de imagem e cardiologia diagnóstica.

Em geral, para clientes de sistemas de saúde a demora no atendimento, inclusive no agendamento de exames de apoio ao diagnóstico, ainda é um motivo de grande insatisfação, gerando uma conceituação negativa da qualidade desses serviços médico-hospitalares ofertados.

Com o desenvolvimento do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército e dos recursos provenientes do Contrato de Objetivos do Departamento-Geral do Pessoal, as OMS estão recebendo equipamentos, principalmente de exames de imagem de alta tecnologia, buscando-se, assim, dispensar um melhor atendimento ao beneficiário do Sistema.

Porém, mesmo com esta iniciativa, ainda há diversas OMS que carecem de investimentos em infraestrutura de saúde, necessários para reduzir os excessivos custos com encaminhamentos para as OCS. Além disso, muitos dos equipamentos, atualmente em operação, possuem alto custo de manutenção, devido à obsolescência tecnológica e às dificuldades na obtenção de peças de reposição, bem como pela carência de técnicos aptos a executar a sua manutenção.

Sendo assim, atualmente, a capacidade instalada para o atendimento médico-hospitalar nas OMS do Exército Brasileiro ainda está aquém da demanda, decorrente, em parte, da crescente necessidade de novas especialidades médicas e de equipamentos de última geração tecnológica, bem como do aumento da longevidade dos usuários do Sistema.

As demandas não atendidas pelo Sistema de Saúde do Exército são encaminhadas para Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), mediante contratos/convênios, sobrecarregando financeiramente o Sistema, principalmente nos atendimentos de média e alta complexidade.

Os custos decorrentes dos encaminhamentos realizados para OCS e PSA impactam negativamente o Sistema de Saúde do Exército, devido em parte à inflação médica no País, desalinhando a arrecadação de recursos das despesas assumidas, aumentando o custeio em detrimento de possíveis investimentos para um Sistema de Saúde corporativo de autogestão.

Neste caso, a inflação médica decorre de uma série de fatores dentre os quais pode-se destacar: a valorização do dólar, o implemento de novas tecnologias, a elevação da expectativa de vida da população, o aumento das complexidades médicas e a pressão da classe médica por aumento nos honorários médicos.

Em virtude do impacto positivo da incorporação de novas tecnologias no atendimento de saúde às custas de um dispendioso aporte de recursos financeiros, o planejamento destas aquisições deve ser considerado na etapa da elaboração do planejamento estratégico da instituição, buscando-se melhores práticas licitatórias

que contemplem a qualidade e a otimização da assistência à saúde, bem como o aumento da eficiência da gestão pública.

Ressalte-se que o aumento da eficiência administrativa do setor público passa pela otimização do gerenciamento de seus contratos de fornecimento. Essa eficiência administrativa também é de estatura constitucional e deve ser buscada pela administração pública.

Sob essa lógica, deve-se pensar que a Administração Militar, especialmente aquela em apoio à atividade-fim das Organizações Militares de Saúde adapte-se às inovações de gestão hospitalar verificadas no setor privado, que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de custo-benefício e de eficiência vem se ampliando a cada dia.

Assim, se faz necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao aumento da resolutividade nas OMS do Exército Brasileiro, comprometida com a otimização da produtividade interna, satisfação da Família Militar e eficiência administrativa.

O planejamento estratégico para o melhor emprego dos recursos orçamentários do Sistema de Saúde do Exército tem que levar em consideração a distribuição geográfica de mais de 733 mil beneficiários, espalhados em 424 Unidades Gestoras do Fundo de Saúde do Exército em todo o território nacional.

Sendo assim, o aproveitamento de recursos de custeio, que somam aproximadamente 95% do orçamento, visa adequar a gestão à nova realidade econômica do País e a reduzir o patrimônio imobilizado não essencial à atividade finalística.

A não utilização dos recursos de investimento, que perfazem cerca de 5% do orçamento, para realizar a aquisição de equipamentos médico-hospitalares específicos, particularmente para Laboratório de Análises Clínicas, Diagnóstico por Imagem e Registros Gráficos em Cardiologia, tem por objetivo permitir a aquisição de outros bens, principalmente em situações de necessidade imediata, para as Organizações Militares de Saúde espalhadas pelo Brasil, especialmente aquelas localizadas afastadas de grandes centros urbanos, muito comum na Região Amazônica.

Com base na análise da fundamentação legal apresentada neste estudo, contempla-se a possibilidade de empregar a combinação de licitações, na modalidade

pregão eletrônico, via SRP, com cessão de posse temporária de equipamentos médico-hospitalares, por meio de comodato ou locação, a fim de viabilizar a maximização de recursos financeiros disponíveis, a modernização, ampliação ou criação de serviços de saúde nas OMS, com foco na otimização da resolutividade.

Desta forma, a adoção de novas estratégias licitatórias e de alternativas para a elevação ao máximo do emprego dos recursos financeiros, tais como as apresentadas neste estudo, permitirá que OMS sejam aparelhadas com equipamentos de última geração tecnológica, diminuindo gastos com manutenção e propiciando aumento acentuado da resolutividade e da satisfação dos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército, sem a necessidade de dispêndio imediato de vultosos recursos orçamentários.

E, por último, pode-se destacar que as alternativas de processos licitatórios ora apresentadas neste estudo proporcionarão agilidade na resposta às necessidades do sistema de atendimento médico-hospitalar das OMS do Exército Brasileiro e à prestação de uma eficiente e moderna assistência à saúde à Família Militar de cerca de 733 mil vidas, com a desejável sustentabilidade financeira face à situação atual financeira do País e do Sistema de Saúde da Força Terrestre

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.R.R. **Perspectivas de sobrevivência do hospital**. Revista Paulista de Hospitais; 5/6:104-113, 1983.

AMARAL, N. A. L.; VICENTE, E. F. R. **Existe uma medida mais justa para a receita econômica no setor público?** 2013. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO - FEA USP, XVI, 2013, São Paulo: ANAIS... São Paulo: FEA-USP, 2013. Disponível em : www.semead.com.br/16semead/resultado/trabalhosPDF/698.pdf Acesso em: 02/02/2019.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 15ª Ed. São Paulo : Malheiros Editores, 2003.

BARRO, Robert. **Government Spending in a Simple Model Endogenous Growth**. Journal of Political Economy, V.98, n.5, october, part II, S103-S125,1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 38, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº1 a 6, de 1994. 25ª. Ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 Jun 2019.

_____. Exército. **Portaria nº 878, do Comandante do Exército, de 28 de novembro de 2006**. Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes – SAMMED (IG 30-16) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.sgex.eb.mil.br/sistemas/be/copiar.php?codarquivo=97&act=bre>> Acesso em: 15 Jun 2019.

_____. Exército. **Portaria nº 653, do Comandante do Exército, de 30 de agosto de 2005**. Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.sgex.eb.mil.br/sistemas/be/copiar.php?codarquivo=140&act=bre>> Acesso em 15 jun 2019.

BRASIL. Exército. **Portaria nº 457 - do Comandante do Exército, de 15 de julho de 2009**. Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Disponível em: < <http://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/1/658/1/portaria457.pdf>> Acesso em: 10 jun 2019.

BRASIL. **Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986.** Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512.htm> Acesso em 15 Jun 2019.

_____. **Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000.** Aprova o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3555.htm> Acesso em: 17 Ago 2019.

_____. **Decreto nº 5.450, de 31 de Maio de 2005.** Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5450.htm> Acesso em: 17 Ago 2019.

_____. **Decreto nº 7.689, de 2 de março de 2012.** Estabelece, no âmbito do Poder Executivo federal, limites e instâncias de governança para a contratação de bens e serviços e para a realização de gastos com diárias e passagens. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7689.htm> Acesso em: 20 Ago 2019.

_____. **Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013.** Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/decreto/d7892.htm> Acesso em: 20 Ago 2019.

_____. **Decreto nº 9.412, de 18 de junho de 2018.** Atualiza os valores das modalidades de licitação de que trata o art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9412.htm> Acesso em: 20 Ago 2019.

_____. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm> Acesso em: 20 Ago 2019.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm> Acesso em: 21 Ago 2019.

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

Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10520.htm> Acesso em: 20 Ago 2019.

BRASIL. **RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Publicada em DOU nº 198, de 14 de outubro de 2005. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_302_2005_COMP.pdf/7038e853-afae-4729-948b-ef6eb3931b19b> Acesso: 15 Jun 2019.

_____. Ministério da Economia. **Portaria nº 179, de 22 de abril de 2019**. Dispõe sobre medidas de racionalização do gasto público nas contratações para aquisição de bens e prestação de serviços, e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-179-de-22-de-abril-de-2019-83417682>> Acesso em: 15 Jun 2019.

CARVALHO SOBRINHO SEGUNDO, José Pires de. **A satisfação do paciente como importante indicador de qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, 2018.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

COSTA NETO, Theophilo José da. **Pensamento estratégico para o Serviço de Saúde no novo século - uma proposta**. Rio de Janeiro: Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, 2015.

DALF, Richard L. **Teoria e Projetos das Organizações**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2003.

GADOTTI, M. **Educar para um outro mundo possível**. São Paulo: Publisher Brasil, 2007.

JACOBS, Genésio José. **Compras e manutenções de equipamentos na área da saúde pública: aperfeiçoamento de contratos e eficácia da utilização**. Porto

Alegre, 2009. 107 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Administração) – Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Pregão (Comentários à Legislação do Pregão Comum e Eletrônico). Dialética**, 3ª ed., São Paulo, 2004, p. 29.

LEMME, A.C.; NORONHA, G.; RESENDE, J.B.. **User satisfaction at a university hospital**. Rev. Saúde Pública ; 25(1): 41-6, 2001.

LIMA, Rogerio Gomes de. **A capacitação de oficiais médicos no Serviço de Saúde do Exército Brasileiro e seus reflexos para a otimização da qualidade do atendimento hospitalar**. Rio de Janeiro: Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, 2007.

MACHLINE, C. et al., **Manual de Administração da Produção.**, 5. Ed. Rio de Janeiro: FGV, 1979.

MALAGON-LONDONO, G.; MOREIRA, R.G.; LAVERDE, G.P. **Administração hospitalar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MÉDICI, A.C.; MARQUES, R.M. **Saúde: entre gastos e resultados**. Boletim de Conjuntura/Política Social; 14: 41-49, 1996.

SANTOS, M.P. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

SEBBE, Priscilla Fróes; ZÂNGARO, Renato. Amaro. **Estudo e Implementação de um Sistema de Gerenciamento para Rede de Equipamentos em Ambientes Hospitalares**. In: IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 2005, São José dos Campos. Programação e Anais de Trabalhos Completos IX INIC e V EPG 2005. p. 345-349. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2005/inic/IC3%2520anais/IC3-41.pdf. Acesso em: 02/02/2019.

SILVA, Edwin Pinto de la Sota ; COSTA, Patrícia de Souza. **Gestão Estratégica de Custos: Estudo de Caso Aplicado A Hospitais Universitários**. In: VIII Congreso del Instituto Internacional de Costos e I Congreso de la Asociación Uruguaya de Costos, 2003, Punta del Este - Uruguay. Anais do VIII Congreso del Instituto Internacional de Costos. Montevideo - Uruguay: Anais de AURCO – 2003, v. 1. p. 175-

190, 2003. Disponível em: <http://www.intercostos.org/documentos/075.pdf>. Acesso em: 02/02/2019.

STRATMANN, C.W. **A study of consumer attitudes about health care**. Med. Care; 13:537-48, 1995.

SZWARCWALD CL, VIACAVAL F, VASCONCELLOS MTL, LEAL MC, AZEVEDO LO, QUEIROZ RSB, CARVALHO MF, SOUZA JÚNIOR PRB, GAMA SGN, FONSECA MG. **Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números**. RADIS 2004; 1(23): 14-33.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

WEISS LG. **Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors**. Med Care, 1998; 26: 383-92.