

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

Cel Med **CARLA LOBO LOUREIRO**

**Fatores Críticos de Sucesso na
Gestão da Cadeia de Suprimentos
Hospitalares de Alto Custo em
Organizações Militares de Saúde**



Rio de Janeiro
2019

Cel Med **CARLA LOBO LOUREIRO**

**Fatores Críticos de Sucesso na
Gestão da Cadeia de Suprimentos
Hospitalares de Alto Custo em
Organizações Militares de Saúde**

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 Ciências Militares, com
ênfase em Defesa Nacional.

Orientador: Maj Int Vinícius Damasceno do Nascimento

Rio de Janeiro
2019

Cel Med CARLA LOBO LOUREIRO

**Fatores Críticos de Sucesso na
Gestão da Cadeia de Suprimentos
Hospitalares de Alto Custo em
Organizações Militares de Saúde**

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 Ciências Militares, com
ênfase em Defesa Nacional.

COMISSÃO AVALIADORA

Vinícius Damasceno do Nascimento – Maj Int - Presidente
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

Renata Cristina de Almeida Martins Schmidt – TC Med - 1º Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

Luiz Adolfo Sodré de Castro Junior – TC Cav - 2º Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

À minha família, presença insubstituível. A eles dedico meu amor, gratidão e o melhor de meus esforços.

AGRADECIMENTOS

Ao Supremo Criador, princípio e fim de todas as coisas.

Ao Exército Brasileiro, pelas oportunidades de aprendizado, contínuo desafio e superação.

Ao meu Orientador, Major Vinicius Damasceno do Nascimento, pelo empenho e dedicação com que se houve na difícil tarefa de descortinar caminhos e possibilidades.

A todos aqueles que de alguma forma concorreram para o êxito dessa empreitada.

RESUMO

O presente trabalho aborda os fatores críticos de sucesso na gestão da cadeia de suprimentos hospitalares de alto custo em Organizações Militares de Saúde. Os suprimentos de alto custo são as órteses, próteses e materiais especiais. Ao longo do estudo foram abordados os seguintes conteúdos: as aquisições na administração pública; o mercado da saúde e suas falhas; a gestão da cadeia de suprimentos no setor saúde; a cadeia de suprimentos das órteses, próteses e materiais especiais; a gestão da cadeia de suprimentos das órteses, próteses e materiais especiais; e os fatores críticos de sucesso. Além desses conteúdos, seção específica foi dedicada ao delineamento de uma proposta de ação, além de três outras em que foram apresentadas a introdução, as considerações finais e as referências bibliográficas. O mercado dos suprimentos de alto custo caracteriza-se por custos elevados, acelerada obsolescência e ausência de regulação econômica, aspectos que concorrem diretamente para a maior complexidade da gestão desses materiais. No atual estado da arte, as aquisições feitas pelas organizações de saúde do Exército Brasileiro são descentralizadas. Três fatores críticos de sucesso foram identificados nesse cenário: recursos humanos qualificados, aptos à execução de tarefas técnicas e administrativas; alinhamento às boas práticas de gestão desses materiais, consolidadas em publicação do Ministério da Saúde; e auditoria interna permanente. Enfatiza-se a necessidade de que esse processo de alinhamento seja realizado de forma colaborativa e horizontalizada, favorecendo mudanças positivas e sustentáveis em longo prazo.

Palavras-chave: Cadeia de suprimentos; Exército Brasileiro; Fatores críticos de sucesso.

ABSTRACT

This paper addresses the critical success factors in managing the high-cost hospital supply chain in Military Health Organizations. High-cost supplies are orthoses, prostheses, and special materials. Throughout the study the following contents were addressed: acquisitions in public administration; the health market and its shortcomings; supply chain management in the health sector; the supply chain of orthoses, prostheses and special materials; supply chain management of orthoses, prostheses and special materials; and the critical success factors. In addition to these contents, a specific section was devoted to the design of an action proposal, in addition to three others in which the introduction, final considerations and bibliographical references were presented. The high-cost supplies market is characterized by high costs, accelerated obsolescence and lack of economic regulation, all of which directly contribute to the greater complexity of managing these materials. In the current state of the art, acquisitions made by Brazilian Army health organizations are decentralized. Three critical success factors were identified in this scenario: qualified human resources, capable of performing technical and administrative tasks; alignment with the good practices of management of these materials, consolidated in a publication of the Ministry of Health; and permanent internal audit. Emphasizes the need for this alignment process to be carried out in a collaborative and horizontal way, favoring positive and sustainable changes in the long term.

Keywords: Supply chain; Brazilian Army; Critical Success factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 CONSTRUINDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	122
2.1 AS AQUISIÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	13
2.2 O MERCADO DA SAÚDE E SUAS FALHAS	166
2.3 A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS NO SETOR SAÚDE	211
3 FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO NA GESTÃO DAS OPME	300
3.1 A CADEIA DE SUPRIMENTOS DAS OPME	300
3.2 A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS DAS OPME	344
3.3 OS FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO	411
3.3.1 Aspectos relevantes	411
3.3.2 Os fatores identificados	433
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	455
5 CONCLUSÃO	455
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda os fatores críticos de sucesso na gestão da cadeia de suprimentos hospitalares de alto custo em Organizações Militares de Saúde (OMS).

Os suprimentos de saúde de alto custo compreendem as órteses, as próteses e os materiais especiais (OPME). Dados de pesquisa conduzida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) demonstraram que os gastos com OPME corresponderam isoladamente a cerca de 10% do total das despesas assistenciais (ANS, 2012) donde o elevado potencial de benefício de que se reveste a gestão eficiente, eficaz e efetiva dessa cadeia de suprimento.

A categoria OPME compreende insumos empregados na assistência à saúde, assistência essa que pode estar relacionada a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. Apesar de emprego bastante disseminado, não existe uma definição consensual da abrangência dos elementos pertencentes a essa categoria. Ainda assim, existem definições consagradas pelo uso recorrente (BRASIL, 2016).

Progredindo nessa vertente, a denominação órtese refere-se a um dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. Prótese, por sua vez, a um dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Por fim, os assim denominados materiais especiais compreendem um espectro considerável de elementos de suporte diagnóstico e/ou terapêutico, de uso individual, podendo ser ou não implantáveis, como é o caso dos cateteres, ou ainda, do instrumental para cirurgia videolaparoscópica (BRASIL, 2016).

Em outras palavras, os OPME são insumos empregados massivamente no cotidiano hospitalar em todo o mundo. Frutos do intensivo e continuado desenvolvimento tecnológico da prática médica, as OPME englobam parafusos de interferência, placas metálicas, stents, marca-passos, bengalas, muletas, próteses dentárias e muitos outros produtos específicos, como fios guia e brocas, dentre outros (FERREIRA JÚNIOR et al., 2013; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

No Brasil, a regulação pertinente às OPME é de natureza sanitária, matéria de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O escopo dessa

regulação, no entanto, não compreende elementos capazes de coibir os custos elevados e discrepantes que caracterizam o mercado das OPME, o que demandaria a implementação de mecanismos de regulação econômica, uma prerrogativa do Estado. Anualmente são liberados pela ANVISA 14.000 novos produtos enquadráveis como OPME, com ciclo médio de atualização tecnológica em torno de dois anos, o que concorre diretamente para a ampliação da complexidade do mercado das OPME (FERREIRA JÚNIOR et al., 2013; IESS, 2015).

Até o momento, as tentativas de regulação do mercado das OPME no Brasil não lograram êxito. Por exemplo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº17/2015 (BRASIL, 2015a), foi arquivado em 27 de dezembro de 2018, encerrando um debate sem avanços dignos de nota. Em essência, sua proposta consistia em dar ao mercado das OPME o tratamento que foi dado ao mercado de medicamentos, com a expectativa de alcance de resultados similares; ou seja, aplicar ao mercado das OPME as mesmas estratégias e instrumentos consolidados na Lei nº 10.742/2003, que criou a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (BRASIL, 2015).

Embora não se pretenda aqui discutir os meandros dessas iniciativas, cabe sublinhar que essa ausência de regulação perpetua a assimetria de poder entre os agentes que atuam no mercado das OPME (FERREIRA JÚNIOR et al., 2013).

Os impactos adversos dessa assimetria de poder estão presentes em todos os cenários assistenciais que envolvem o consumo de OPME, mas é no âmbito do setor de saúde suplementar que o debate acerca dos mesmos tem se revelado mais acirrado e produtivo (IESS, 2017), cabendo especial destaque à incorporação de práticas de gestão consagradas em outros setores econômicos, como é o caso da gestão da cadeia de suprimentos (SCM, do inglês Supply Chain Management), fenômeno destacado por diversos autores, dentre eles Bowersox et al. (2013) e, em contexto mais específico, Silva (2016).

O setor saúde tem sido historicamente refratário à adoção de inovações gerenciais. Em anos mais recentes, no entanto, consubstanciado aporte de evidências tem demonstrado a importância de tal incorporação, lançando por terra o mito de que gastos crescentes estariam relacionados, de modo direto e relevante, à prestação de melhores serviços assistenciais (HERZLINGER, 2006; SHANKS et al., 2016).

O setor de OPME tem sido caracterizado por falhas de mercado que geram importantes conflitos de interesses em um cenário de intensa assimetria de poder. Nesse contexto, a determinação dos fatores críticos de sucesso possibilita o

estabelecimento de áreas prioritárias para que a SCM de OPME possa progredir em uma direção menos predatória e mais sustentável (IESS, 2015; GONZALEZ ALEU & VAN AKEN, 2016; IESS, 2017).

A partir dos elementos anteriormente consignados, definiu-se a seguinte questão norteadora: quais os fatores que são críticos para o sucesso da SCM de OPME nas OMS?

A partir desse questionamento angular, por sua vez, foram definidos os objetivos a serem alcançados. Desta forma estabeleceu-se, como objetivo geral, Discutir os fatores críticos de sucesso na gestão da cadeia de suprimentos hospitalares de alto custo em OMS cuja prestação de serviços demanda o consumo de OPME e, como objetivos específicos: a. compreender a SCM de OPME; b. compreender o processo de SCM de OPME no EB; c. identificar fatores críticos de sucesso na gestão da SCM de OPME.

Destaca-se, por fim, que a relevância do presente estudo reside em consolidar referências que embasem o alinhamento da SCM de OPME no EB às melhores práticas adotadas pelo setor de saúde suplementar. Essa linha de ação, cabe observar, está de acordo com o entendimento manifesto no Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro (BRASIL, 2017). Ademais, ao integrar tais referências em uma proposta de ação, busca-se contribuir para a efetiva incorporação dessas referências ao arcabouço gerencial do Exército Brasileiro e, de modo mais direto e relevante, das OMS que consomem OPME.

No que concerne aos procedimentos metodológicos adotados, tem-se que: quanto ao tipo de pesquisa, ela classifica-se como descritiva, de natureza exploratória e abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica.

Toda pesquisa, como bem esclarecem Lavelle & Dionne (1999, p. 41), trata “de compreender problemas [...] a fim de eventualmente contribuir para sua solução”.

Diversas estratégias e variados instrumentos podem ser aplicados na consecução desse mister, fato particularmente evidenciado pela extensa produção textual acerca das metodologias de pesquisa. No que concerne especificamente ao presente estudo, é particularmente relevante o esclarecimento feito por Sasso Lima & Tamaso Mito, (2007), como se segue:

Não é raro que a pesquisa bibliográfica apareça caracterizada como revisão de literatura ou revisão bibliográfica. Isto acontece porque falta compreensão de que a revisão de literatura é apenas um pré-requisito para a realização de

toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo (SASSO DE LIMA & TAMASO MIOTO, 2007, p. 38).

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica tem sido largamente aplicada em estudos exploratórios. Isso porque a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside em "permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que poderia pesquisar diretamente" (GIL, 2008, p. 75).

O universo de pesquisa foi composto pelas publicações acerca do tema a que for possível o acesso ao texto integral, desde que publicadas em português ou inglês. Dada a relativa contemporaneidade do tema, não foi estabelecido recorte temporal. Portanto, o critério de amostragem foi a acessibilidade ao texto integral publicado em português ou inglês.

A busca de fontes foi feita por meio das ferramentas Google Acadêmico e Google Livros, utilizando-se os termos "logística hospitalar", "cadeia de suprimentos" e "fatores críticos de sucesso", assim como seus equivalentes em inglês, sem recorte temporal específico, mas com ênfase nos textos mais recentes. Ademais, de modo a ampliar a abrangência da busca, foram também analisadas as referências dos textos selecionados no procedimento inicial, aplicando-se os mesmos termos. Por fim, todas as buscas foram refinadas mediante a aplicação do termo OPME, de forma a selecionar publicações de pertinência mais específica.

Por fim, a propósito das limitações do estudo, toma-se por oportuno manter em perspectiva que, na lição de Gil (2008, p. 73), cada pesquisa possui "um delineamento próprio, peculiar, determinado pelo objeto de investigação, pela dificuldade na obtenção dos dados, pelo nível de precisão exigido e pelos recursos materiais de que dispõe o investigador".

2 CONSTRUINDO A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção encontra-se dividida em três subseções. A primeira aborda as aquisições na administração pública. A segunda, o mercado da saúde e suas falhas. Por fim, a terceira ocupa-se da gestão da cadeia de suprimentos no setor saúde.

2.1 AS AQUISIÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

As aquisições são práticas rotineiras tanto no setor público como no setor privado. A exigência de licitação, no entanto, é constitucionalmente imposta apenas ao setor público. Na lição de Mello (2015):

[...] ao contrário dos particulares, que gozam de ampla liberdade quando pretendem adquirir, alienar, locar bens, contratar a execução de obras ou serviços, o poder público, para fazê-lo, necessita adotar um procedimento preliminar, rigorosamente determinado e previamente estabelecido na forma da lei. Tal procedimento denomina-se licitação (MELLO, 2015, p. 532).

O termo licitação, do latim *licitatione*, significa "arrematar em leilão". Descreve, no ordenamento brasileiro, um procedimento administrativo, consistindo em um conjunto ordenado de atos e atuações estatais que antecedem e constituem o fundamento de uma decisão administrativa. Especial atenção deve ser prestada ao fato de que tal procedimento administrativo é sempre vinculado. Ou seja, estabelecidas as regras do certame, encontra-se o administrador obrigado a observá-las fiel e rigorosamente. Igualmente oportuno, no entanto, é manter em perspectiva o real sentido da existência da norma legal, acerca do que leciona Victor Aguiar Jardim de Amorim:

Contudo, há que se ter a devida ponderação na interpretação da incidência do princípio da legalidade no âmbito dos procedimentos licitatórios. Partindo-se de uma concepção estrita da legalidade, chegar-se-ia à extremada situação do administrador que, sem qualquer juízo de valoração, em todas as situações, resumiria seu campo de atuação à mera observância literal de um preceito legal. A atividade administrativa não se limita a realizar o comando normativo aparentemente previsto no texto legal. Deve o administrador pautar sua atuação de forma a não reputar a norma escrita como fim, mas como meio para atingir a real finalidade de todas as ações do Estado: o interesse público (AMORIM, 2017, p. 34).

Por força do art. 22, inciso XXVII, da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), compete à União definir as "modalidades" de licitação. A necessária regulamentação ocorreu quase meia década mais tarde, mediante a Lei Federal nº8.666, de 21 de junho de 1993, usualmente referida como Lei Geral das Licitações (LGL).

O art. 22 da LGL prevê cinco modalidades de licitação, quais sejam: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão. Como ali consignado, entende-se que: 1. concorrência é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem ter os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para a execução de seu objeto; 2; tomada de preços é a modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para o cadastramento até o terceiro dia anterior ao recebimento das propostas, observada a necessária qualificação; 3. convite é a modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 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 horas da apresentação das propostas; 4. concurso: é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a 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 dias; e 5. 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 da LGL, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação.

Inicialmente não prevista na LGL, a modalidade licitatória tipo pregão foi introduzida pela Lei nº10.520, de 17 de julho de 2002. O pregão eletrônico, por sua vez, foi regulamentado pelo Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005 alterado recentemente pelo Decreto nº10.024, de 20 de Setembro de 2019 . O pregão passa a ser, então, a modalidade licitatória destinada à aquisição de bens e serviços comuns. Neste caso específico, por tratar-se de aquisição de bens e serviços que fazem parte da rotina administrativa, não há limite de valor para a modalidade.

Depreende-se, portanto, que as modalidades de licitação são modos de realização do procedimento licitatório, que visam ajustar-se as peculiaridades de cada negócio administrativo. Não se confundem com os tipos de licitação que, como será visto em seguida, dizem respeito ao critério de julgamento das propostas no âmbito do procedimento licitatório.

O art. 45 da LGL prevê quatro tipos de licitação, a saber: menor preço; melhor técnica; técnica e preço; e maior lance ou oferta. Como ali enunciado, tem-se que: 1. menor preço, quando o critério de seleção da proposta mais vantajosa para a administração determinar que será vencedor o licitante que apresentar a proposta de acordo com as especificações do edital e ofertar o menor preço; 2, melhor técnica, quando o fator preponderante para a escolha do vencedor não é o preço, mas critérios de qualidade e especificidade indispensáveis ao alcance do interesse público; 3. técnica e preço, quando ambos os fatores são considerados de acordo com proporções previamente consignadas em edital; e 4. maior lance ou oferta, quando a melhor proposta corresponde ao maior valor nominal ofertado, sua aplicação sendo reservada em casos de alienação de bens ou concessão real de direitos de uso. Além disso, o mesmo artigo prevê que, em caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação ocorra obrigatoriamente por sorteio realizado em ato público, para o qual todos os licitantes são convocados, não cabendo a adoção de qualquer outro critério.

Estabelece o § 3º do art. 64 da LGL que, decorridos 60 dias da data da entrega das propostas, sem convocação para a contratação, ficam os licitantes liberados dos compromissos assumidos. Ou seja, os licitantes ficam vinculados aos termos da proposta até o prazo de 60 dias de sua apresentação. Transcorrido o prazo - em razão da demora seja na conclusão do certame, seja na convocação do licitante vencedor para a assinatura do contrato -, ao serem consultados acerca do interesse em prorrogar o prazo de validade das propostas, os licitantes poderão ou não aceitar a revalidação, não havendo, em caso de desistência, cabimento de sanção. Na modalidade pregão, a Lei nº 10.520/02 estabelece a possibilidade de o edital fixar prazo de validade das propostas inferior ou superior a 60 dias. Caso o ato convocatório seja omissivo, o prazo será de 60 dias.

Os aspectos aqui destacados, por óbvio, não traduzem a íntegra da LGL e legislações correlatas. Ao longo dos anos, sucessivos esforços de atualização do arcabouço normativo resultaram em questões judiciais, algumas aguardando a pacificação pelo Supremo Tribunal Federal, um dos aspectos que justificam a Nova Lei das Licitações, ainda em trâmite.

No bojo das inovações presentes na LGL, merece especial destaque o Sistema de Registro de Preços (SRP), do que se ocupa o artigo 15 dessa norma legal. O SRP, cumpre esclarecer, é o conjunto de procedimentos para registro formal em ata própria

de preços relativos à prestação de serviços ou aquisição de bens, para contratação futura de fornecedores que se obrigam, vinculativamente, a cumprir condições a serem praticadas por um determinado período de tempo e conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e nas propostas apresentadas. Contudo, sua regulamentação foi notadamente tardia, ocorrendo cerca de uma década mais tarde, por meio do Decreto nº3.931, de 19 de setembro de 2001, mais tarde revogado e substituído pelo Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, modificado pelo Decreto nº8.250, de 23 de maio de 2014 (AMORIM, 2017)

Em associação ao SRP, a adoção do pregão eletrônico tem sido apontada como a melhor escolha nas aquisições de bens e serviços.

Outra maneira de utilizar o pregão eletrônico é pelo sistema de registro de preços. Esse procedimento administrativo exerceu enorme impacto na modalidade licitatória do pregão e foi, por sua vez, grandemente beneficiado pela utilização dessa modalidade para a seleção de fornecedores. [...]O pregão é uma modalidade de licitação, enquanto o registro de preços é um sistema de contratações. Isso significa que o pregão resulta num único contrato (ainda que possa ter a execução continuada), enquanto o registro de preços propicia uma série de contratações, respeitados os quantitativos máximos e a observância do período de um ano. [...] o pregão se exaure com uma única contratação, enquanto o registro de preços dá oportunidade a tantas contratações quantas forem possíveis (em face dos quantitativos máximos licitados e do prazo de validade) (PAZ, 2016, p. 23).

Destacados esses fundamentos, que serão retomados e aprofundados contextualmente no próximo capítulo, a subseção seguinte se ocupará das falhas do mercado da saúde. O estudo dessas falhas é de suma relevância, pois elas não apenas diferenciam o mercado da saúde, mas contribuem diretamente para sua maior complexidade.

2.2 O MERCADO DA SAÚDE E SUAS FALHAS

De acordo com a teoria econômica clássica, baseada na lei da oferta e da demanda, o nível ótimo de produção de bens e serviços em uma dada sociedade é definido com base na livre concorrência. Contudo, para que as forças de mercado atuem em conformidade, é imprescindível a presença de condições que assegurem a perfeita competição. Quando uma dessas condições não é verificada, ocorre a assim denominada falha de mercado. A existência de falhas de mercado justifica a

intervenção estatal na economia e essa intervenção será proporcional, ou ao menos deveria ser, à intensidade das falhas que forem observadas (MALTA et al., 2004).

No cenário ideal, em condições de livre concorrência, o mercado opera como um mecanismo de ajuste entre a oferta e a demanda, permitindo o fluxo de bens e serviços entre produtores, que respondem pela oferta, e consumidores, que respondem pela demanda. Dito de outra forma, em condições ideais de operação, o preço de mercado apresenta-se como um parâmetro robusto o suficiente para assegurar a regulação da oferta e da demanda (MALTA et al., 2004; BARROS, 2019).

O mercado da saúde não é um mercado ideal, uma vez que não atende aos pressupostos da livre concorrência. Isso equivale a dizer que alguns pressupostos teóricos, ainda que verdadeiros, têm sua aplicabilidade diminuída, ou até mesmo completamente inviabilizada, quando são consideradas as escolhas disponíveis, assim como o acesso e o consumo de bens e serviços de saúde (BARROS, 2019).

No mercado considerado ideal pode-se supor que os consumidores seriam os melhores juízes do próprio bem-estar, ou ainda, que os consumidores seriam racionais em suas decisões de consumo, ou que os consumidores, tendo total liberdade e autonomia de escolha, cientes de sua renda monetária para um certo período de tempo, seriam capazes de planejar sua demanda e consumo (MALTA et al., 2004; FOLLAND, GOODMAN & STANO, 2008).

Considerando-se que a existência de um pressuposto não-verificável aponta a presença de uma falha de mercado, torna-se por si só evidente que o mercado da saúde caracteriza-se por aporte substancial de falhas de mercado, o que tem levado alguns autores a afirmar que o mercado da saúde não seria passível de livre regulação, com base tão somente nos mecanismos de oferta e demanda (FOLLAND, GOODMAN & STANO, 2008; BARROS, 2019).

As características que singularizam o mercado da saúde têm despertado o interesse de vários autores, desde o trabalho pioneiro de Kenneth Arrow (1963). Do ponto de vista da oferta, a intenção de lucro não explica, por si só, a organização do mercado de saúde e a presença nesse mercado de instituições públicas e diferentes arranjos de instituições privadas sem fins lucrativos torna sua dinâmica ainda mais complexa. Por outro lado, a pressão de demanda requer não apenas aumento constante da oferta, mas reclama um acesso mais igualitário aos serviços para toda a população. Assim, a exigência social por maior cobertura leva o Estado a criar e

manter, direta ou indiretamente, serviços de saúde (FOLLAND, GOODMAN & STANO,2008).

Do ponto de vista da demanda, os consumidores não optam pelo consumo de serviços de saúde com base em escolhas livres e racionais, frente a outras possíveis opções, mas o fazem por necessidade ou não de consumo de tais serviços. Esse consumo, em geral, é imprevisível e não permite ao consumidor a escolha do melhor momento para realizá-lo, com base em seus critérios pessoais. Quem, em última instância, irá estabelecer o que será consumido não é o consumidor, mas um especialista. Como é pouco provável que o consumidor detenha as mesmas informações que o especialista que irá tomar as decisões de consumo, a assimetria informacional apresenta-se como uma característica definidora desse mercado, ao contrário do que ocorreria no mercado competitivo, em que todos os envolvidos compartilhariam o mesmo nível informacional (FOLLAND, GOODMAN & STANO,2008).

Na teoria econômica clássica, fundamentada no mercado perfeitamente competitivo, empresas e consumidores definem preços, ambos detendo informação completas sobre a qualidade do bem ou serviço considerado, assim como acerca de seu preço de mercado. Caso uma empresa cobre acima desse preço e/ou ofereça patamares inferiores de qualidade, arcará com a perda de seus consumidores, uma vez que esses possuem acesso a outras opções a preço de mercado. Como já referido anteriormente, a ocorrência de resultados incompatíveis com esses pressupostos remete a falhas de mercado. No caso do mercado da saúde, quatro falhas são usualmente apontadas na literatura: [1] a ocorrência de riscos e incerteza; [2] externalidades; [3] distribuição desigual da informação; e [4] existência de barreiras (FOLLAND, GOODMAN & STANO,2008; BARROS, 2019).

Quanto a ocorrência de riscos e incerteza, tem-se que a doença é imprevisível e, por conseguinte, não é possível planejar individualmente o consumo futuro de cuidados de saúde. A resposta de um mercado não-regulado pelo Estado, nessas condições, seria a oferta de seguros privados de saúde que garantissem o ressarcimento dessas despesas. Entretanto, as companhias responsáveis por essa oferta buscam ativamente a obtenção de lucros e, assim, os consumidores seriam obrigados a arcar com outros custos que não os relacionados diretamente ao consumo de serviços de saúde. No entanto, como os indivíduos são naturalmente avessos ao risco, poderão consumir tais serviços no intuito de prevenir-se contra a

eventual ocorrência de grandes perdas financeiras por força dessa necessidade de consumo.

Essa solução para o problema da incerteza também possui suas falhas de mercado, notadamente a deseconomia de escala, a seleção adversa e o risco moral.

A economia de escala ocorre quando as grandes companhias distribuem seu custo fixo entre todos os seus produtos e, assim, reduzem o custo por unidade de produto. A desvantagem da existência de economia de escala é a tendência à formação de monopólios que passam a determinar sozinhos o preço de mercado, uma vez que não existem concorrentes, e o consumidor não tem escolha. A deseconomia de escala ocorre no mercado dos seguros de saúde quando várias companhias de pequeno porte competem entre si, cada qual com custos diferentes, sem condições de alcançar menores custos de produção, determinando um custo mais elevado para o consumidor.

A seleção adversa é a exclusão de alguns grupos do acesso ao seguro-saúde. Num mercado competitivo, as companhias de seguro, por não terem pleno conhecimento do mercado, ignoram os riscos a que cada indivíduo está sujeito. Como solução, calculam o valor do prêmio com base num risco médio. No entanto, o consumidor sabe mais sobre as suas condições de saúde e, quando percebe que seu risco é menor do que a média, opta por não participar do seguro. Quando os de menor risco desistem de participar, aumenta o risco médio do grupo que continua interessado e, conseqüentemente, o preço final do prêmio. Esta situação repete-se indefinidamente para os remanescentes porque os riscos nunca serão iguais para todos.

Como estratégia de enfrentamento dessa situação econômica potencialmente insustentável, as companhias criam produtos que operam com base na discriminação de risco. Isso resulta na exclusão daqueles que, em princípio, mais necessitariam dessa cobertura, como é o caso de portadores de doenças crônicas e idosos, uma vez que teriam que arcar com custos cada vez maiores. A seleção adversa também tende a excluir os consumidores de menor risco. Cabe ressaltar que apenas esse segundo caso, a exclusão dos consumidores de menor risco, é considerada uma falha de mercado do ponto de vista da teoria econômica. No primeiro caso não haveria falha, apenas consumidores que não podem pagar.

O "risco moral" pode ocorrer em sistemas de saúde baseados em seguro privado ou público e naqueles sistemas que cobrem totalmente os gastos com

cuidados de saúde. Nestes casos, existiria uma tendência a ocorrer excesso de demanda, pois o consumidor e o produtor modificariam a sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde, uma vez que as despesas estariam completamente cobertas. Além disso, o efeito da oferta induzir a demanda é reforçado pela existência de uma terceira parte envolvida - o Estado, a empresa ou a companhia de seguros - que vai pagar pelas despesas, o que também não motivaria tanto o paciente quanto o médico a moderar o consumo. Tem-se, como consequência deste processo, o aumento dos gastos dos sistemas de saúde públicos e dos custos dos prêmios dos seguros para os consumidores finais.

As externalidades são outra causa de falhas de mercado no âmbito da saúde. Externalidades são os efeitos colaterais da produção ou consumo de um bem ou serviço por uma terceira parte. Em um mercado não-regulado, a existência de externalidades determina a produção de bens e serviços em um ponto que não é o de equilíbrio de mercado.

A assimetria informacional determina falha de mercado quando não informa plenamente o consumidor sobre a relação entre determinada ação e o seu futuro estado de saúde. O consumidor precisa do profissional de saúde que o aconselha a fazer uma determinada escolha e, neste momento, estabelece-se uma relação de agente. Devido a esta posição singular no mercado, os profissionais de saúde poderiam aumentar o consumo de cuidados de saúde elevando os gastos do sistema ou prover cuidados inadequados e ineficientes para obter melhor remuneração. A falta de informação, por parte dos consumidores, sobre o resultado de determinada ação na sua futura condição de saúde coloca os profissionais de saúde numa posição de agentes, de conselheiros, que atuam em nome dos consumidores. É uma posição bastante peculiar, pois podem influenciar ao mesmo tempo a demanda e a oferta. Os profissionais de saúde têm o poder de induzir a demanda de seus próprios serviços. Assim, os pacientes podem ser induzidos a consumir mais do que necessitariam ou mesmo o que não necessitariam de forma alguma. Preceitos éticos potencialmente limitam essas práticas, mas, do ponto de vista econômico, não há qualquer impedimento.

Por fim, como determinantes de falhas do mercado da saúde, podem existir barreiras no mercado do lado da oferta, seja por meio da regulamentação e controle dos licenciamentos para atuação profissional e do controle do número de vagas nas

escolas formadoras, seja por restrições no número de consultas, exames, natureza das patologias assistidas, entre outras possibilidades afins.

Como os consumidores não conhecem plenamente as repercussões em seu estado de saúde pela adoção de determinados cuidados, é possível que, se pudessem escolher livremente no mercado, cometessem graves erros. Sendo assim, o Estado, que tem como uma de suas atribuições zelar pelo bem-estar de seus cidadãos, deve intervir regulando este mercado.

No entanto, esta regulação pode transformar-se em defesa de interesses corporativistas desses profissionais, uma vez que a redução de oferta tende a aumentar os preços. Ou seja, se a regulação da entrada de novos profissionais no mercado for feita de tal forma que a oferta de profissionais seja menor que a demanda, haverá uma tendência ao aumento dos valores praticados no mercado. Esta é uma situação paradoxal, pois, com o objetivo de proteger os interesses do consumidor, coloca-se a exigência do licenciamento que, por sua vez, dá aos profissionais de saúde um poder de mercado especial, principalmente quando são eles mesmos quem decide o número de novos profissionais que irão atuar no mercado.

Ao longo da construção desse referencial teórico buscou-se contemplar as diversas facetas que caracterizam o setor saúde. Não se tem, contudo, a pretensão de haver exaurido esse autêntico caleidoscópio de especificidades, mas avançou-se o suficiente para embasar a discussão dos achados da pesquisa bibliográfica que fundamentará a identificação dos fatores críticos de sucesso.

2.3 A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS NO SETOR SAÚDE

Compreender a SCM demanda o adequado entendimento de alguns conceitos fundamentais.

De acordo com Medeiros & Teixeira (2015), um possível ponto de partida são os conceitos de cadeia de valor e cadeia de suprimento.

Cadeia de valor é uma rede de instalações e processos que descreve o fluxo de bens, serviços, informações e transações financeiras de fornecedores através das instalações. [...] Cadeia de suprimentos [...] é a parte da Cadeia de Valor que se concentra principalmente na movimentação física de mercadorias e materiais; fluxos de suporte de informações e transações financeiras através dos processos de suprimento, produção e distribuição e processos que criam produtos e serviços para entregá-los aos clientes (MEDEIROS & TEIXEIRA, 2015, p. 25)

Assim, ainda segundo os mesmos autores:

[...] a cadeia de suprimentos [...] se concentra na integração de processos de fornecedores e produtores, melhorando a eficiência e reduzindo o desperdício, enquanto a cadeia de valor foca [...], na criação de valor aos olhos do cliente (MEDEIROS & TEIXEIRA, 2015, p. 27).

Encontra-se disponível farta e diversificada produção textual voltada ao estudo da SCM. Não obstante, considerando-se o escopo desse estudo, impõe-se a adoção de um recorte temático, dedicando maior atenção aos estudos que abordam a análise de fatores críticos de sucesso em diferentes SCM. Nesse sentido, como apontado por Ab Talib, Abdul Hamid & Thoo (2015), trata-se de linha de pesquisa ainda não de todo madura, com relativamente poucos trabalhos publicados. Esses autores, ao revisarem as publicações disponíveis, identificaram 55 títulos, dos quais apenas 26 (47,27%) foram considerados metodologicamente consistentes.

A racionalidade subjacente ao conceito de fatores críticos de sucesso não é nova, mas sob muitos aspectos ainda hoje pode ser considerada inovadora, notadamente ao implicar em uma forma extremamente mais simples de pensar e agir. A esse propósito, Howell (2009) relata que, desde 1961, organizações têm identificado fatores críticos de sucesso, ou seja, o que deve ser priorizado para que metas e objetivos possam ser integralmente alcançados. Ainda segundo o mesmo autor, a natureza de um fator crítico de sucesso pode ser bastante diversificada em sua complexidade: um sistema, programa, processo ou tarefa, por exemplo.

Embora, como afirma Howell (2009), gestores já fizessem uso de fatores críticos de sucesso desde o início dos anos 1960, a primeira apresentação sistemática do conceito ocorreu em um artigo publicado na prestigiada Harvard Business Review (ROCKHART, 1979). Nesse artigo seminal, intitulados "gestores definem suas próprias necessidades de informação", Rockart assim definiu os fatores críticos de sucesso: áreas específicas de uma organização em que seus resultados, quando satisfatórios, ajudarão a melhorar o desempenho global dessa mesma organização.

O enunciado proposto por Rockart (1979) reflete, naturalmente, a modelagem organizacional vigente à época, muito mais rígida e hierarquizada. Com o passar dos anos, à medida em que a flexibilidade assume crescente protagonismo, consolida-se o entendimento de que fatores críticos de sucesso podem ser usados em todos os

níveis de uma organização. O potencial desse uso é praticamente ilimitado. Contudo, é importante manter em perspectiva que o modo de implementação dita o nível de eficácia que pode ser alcançado. Isso, cabe destacar, é válido para qualquer ferramenta, instrumento ou estratégia gerencial, mas possui amplitude maior no caso dos fatores críticos de sucesso, em que a identificação deles é apenas o primeiro passo. Em outras palavras, os fatores críticos de sucesso devem estar inseridos em uma estrutura que permita a sua gestão (BOYNTON & ZMUD, 1984; HOWELL, 2009).

Outra definição de fatores críticos de sucesso, conforme proposta por Leidecker & Bruno (1984, p. 24), enuncia que trata-se "daquelas características, condições ou variáveis que quando apropriadamente sustentadas, mantidas ou gerenciadas podem ter um impacto significativo no sucesso de um dado desfecho em uma indústria particular". Mais recentemente, a definição de fatores críticos de sucesso deixou de fazer referência apenas ao sucesso de uma empresa, passando a abranger também a capacidade de uma empresa para superar os desafios enfrentados. Islam (2010, p. 200) descreve os fatores críticos de sucesso como "fatores que devem ser implementados para enfrentar desafios com sucesso". Aghaei Meibodi & Monavvarian (2010), por sua vez, interpretam os fatores críticos de sucesso como prontamente acessíveis ou às vezes como um conjunto invisível de atividades que uma organização deve empreender para alcançar seus objetivos. Além disso, deve-se notar que fatores críticos de sucesso e KSF (fatores-chave de sucesso, do inglês *key-success factors*) são usados de forma intercambiável na literatura, consolidando a percepção de sinonímia (AGHAEI MEIBODI & MONAVVARIAN, 2010).

De acordo com Howell (2009), o uso de fatores críticos de sucesso é uma abordagem e técnica de gerenciamento de cima para baixo que permite o sucesso nos esforços de melhoria de uma organização. Fornece excelente foco para iniciar a implementação de uma atividade ou programa de melhoria. A implementação de fatores críticos de sucesso em uma organização encontra-se potencialmente associada às seguintes repercussões: 1. reduzir o risco de falha nos negócios e alcançar os objetivos estratégicos; 2. aprofundar a compreensão da administração sobre o que é necessário para implementar com sucesso um plano estratégico ou uma iniciativa importante de mudança; 3. conseguir um aumento na adesão dos funcionários a programas, sistemas ou melhorias de processos; 4. aumentar drasticamente o uso dessa técnica de valor agregado no planejamento, desenvolvimento e implementação de programas, sistemas, melhorias de processos

e melhorias operacionais; e 5. facilitar a melhoria contínua das operações e dos processos.

Conclui-se, por conseguinte, que a identificação de fatores críticos de sucesso é uma abordagem eminentemente qualitativa e, em larga medida, subjetiva. Isso porque não existe um algoritmo para sua aplicação, mas apenas uma questão norteadora: o que realmente importa para que o sucesso possa ser alcançado? Para respondê-la, é preciso contar com fontes de informação relevante e atualizada. Inicialmente, workshops e entrevistas eram as fontes consideradas como de maior valor, mas hoje o leque de opções é sensivelmente mais amplo. No entanto, como comentado anteriormente, a identificação de um fator crítico de sucesso é apenas o primeiro passo e, em função dele, deve ser elaborada ao menos uma solução capaz de superar os obstáculos e impedimentos a ele relacionados. Em termos operacionais, é um enfoque bastante pragmático, o que justifica, ao menos em parte, a ampla disseminação de seu uso (GONZALEZ ALEU & VAN AKEN, 2016).

Retomando Howell (2009), apesar de não ser possível contar com um algoritmo em apoio à tarefa de identificação de fatores críticos de sucesso, alguns aspectos podem e devem ser levados em consideração.

Após um rol de fatores críticos de sucesso haver sido elaborado, é preciso depurá-lo. Uma maneira é indagar o quanto um dado fator identificado como crítico para o sucesso realmente impacta sobre o alcance dos objetivos definidos. Se essa relação não existe ou não é significativa, certamente não se trata de um fator crítico de sucesso. Outras vezes, no entanto, vários fatores críticos de sucesso são identificados em um primeiro momento, mas uma análise mais detida demonstra que não se trata de fatores independentes, mas intrinsecamente relacionados. Ou seja, não são vários fatores, mas apenas um fator crítico de sucesso. Por isso, técnicas de análise de conteúdo são tão relevantes, prevenindo repetições e redundâncias.

Em um primeiro momento, o conceito de fatores críticos de sucesso introduzido por Rockart (1979) foi empregado para determinar as necessidades de informação dos gestores. Foram e ainda são a base para o desenvolvimento de sistemas de informação. Todavia, ao longo desses 40 anos, os campos de aplicação do conceito, mais flexível e abrangente, têm se multiplicado, inclusive permitindo um novo olhar sobre a SCM (AB TALIB, ABDUL HAMID & THOO, 2015).

De acordo com Talib et al. (2015), os primeiros estudos dedicados aos fatores críticos de sucesso na SCM datam de meados da década de 1990 e distinguem-se

pela reduzida diferenciação entre os conceitos de logística e de SCM. Embora não seja de todo pertinente falar em consenso, interessante articulação é construída por Ching (2010), ao afirmar que:

Supply Chain é todo esforço envolvido nos diferentes processos e atividades empresariais que criam valor na forma de produtos e serviços para o consumidor final. [...] é uma forma integrada de planejar e controlar o fluxo de mercadorias, informações e recursos, desde os fornecedores até o cliente final, procurando administrar as relações na cadeia logística de forma cooperativa e para o benefício de todos os envolvidos (CHING, 2010, p. 67).

A percepção de valor quanto à SCM está em ascensão e essa trajetória tende a acentuar-se à medida em que é posicionada na vanguarda estratégica dos negócios e os gestores percebem seu papel na definição de como um negócio pode e deve operar (MAGALHÃES, 2015).

Especialmente para o setor saúde, que é um dos maiores e mais crescentes setores do mundo, compreendendo vários setores como farmacêutico, equipamentos e suprimentos médicos e serviços de saúde, a gestão de sua cadeia de suprimentos é tão complexa e importante quanto o tamanho e a velocidade da indústria. Tomando como parâmetro o Produto Interno Bruto (PIB), tem-se que os gastos com saúde correspondem em média a 17,4% na América do Norte e 10,7% na Europa Ocidental. 8,0% na América Latina, 6,6% na Ásia / Australásia e 6,4% no Oriente Médio / África (WORLD HEALTHCARE OUTLOOK, 2013).

Nas últimas décadas, o setor saúde em todo o mundo tem sido afetado por grandes mudanças por força de ordenamentos legislativos e regulatórios, bem como da globalização e aumento dos custos operacionais. Atualmente, em quase todos os países do mundo, a melhoria do desempenho da SCM hospitalar tem sido vista por todas as organizações de saúde como um facilitador para aprimorar a eficiência operacional e reduzir custos (CHEN, 2013).

A logística eficiente está se tornando cada vez mais importante, até mesmo crítica, no desempenho do setor saúde. Em um contexto mais amplo, os sistemas SCM estão ganhando uma importância crescente devido à globalização e fortes pressões competitivas. Eles representam uma mudança de paradigma na condução de negócios na era moderna, onde a colaboração, e não o conflito, parece mais importante e recompensadora entre as empresas que operam em um ambiente de rede. Portanto, parece que pesquisar e analisar sistemas de SCM no setor saúde é

uma área de pesquisa promissora e frutífera, que hoje tem importantes conseqüências práticas. Regulação e reforma, gestão de custos, perspectivas globais e investimento em tecnologia são questões importantes a serem consideradas na avaliação do desempenho das cadeias de suprimentos no setor saúde (LEE, LEE & SCHNIEDERJANS, 2011).

Embora muitas organizações de saúde tenham reconhecido a importância de adotar práticas de SCM, a aplicação de técnicas, métodos e melhores práticas desenvolvidas originalmente em um ambiente industrial claramente é problemática. Sem dúvida, a complexidade das tecnologias utilizadas, a existência de múltiplas partes interessadas, um ambiente interno e externo dinâmico e características distintivas das operações do setor saúde, muitas vezes impedem uma aplicação direta das práticas de SCM orientadas para a indústria (DE VRIES & HUIJSMAN, 2011).

Para Elmuti et al. (2013), nas cadeias de suprimento de saúde, os principais participantes incluem fabricantes (medicamentos, equipamentos médicos, suprimentos médicos hospitalares, distribuidores, provisões de serviços médicos, grupos médicos, companhias de seguro, agências governamentais, empregadores, reguladores governamentais e usuários de serviços de saúde). O objetivo final da cadeia de suprimentos é fornecer materiais e informações para que os pacientes recebam atendimento de qualidade. Uma cadeia de suprimentos eficaz traz os materiais e informações corretos no momento certo, com as quantidades certas, para o lugar certo. Isso pode ter um impacto direto e positivo no atendimento ao paciente, reduzindo riscos e erros, eliminando esperas e cancelamentos, assim como reduzindo o tempo de internação.

O estudo de Elmuti et al. (2013) evidenciou alguns achados relevantes: 1. os aspectos atitudinais investigados dão suporte ao uso da SCM no setor saúde permitem que as empresas reduzam custos, melhorem a qualidade, aumentem a produtividade e melhorem o desempenho organizacional; 2. a falta de padronização de dados, metas conflitantes entre os parceiros da cadeia de suprimentos, falta de medidas de desempenho, falta de sistemas de informação integrados em redes e alta variação nas preferências e demandas dos clientes estão entre os desafios mais comuns referidos pelos participantes do estudo para o alcance da excelência na SCM; e 3. vários fatores também foram identificados como principais contribuintes para o sucesso da SCM no setor saúde, tais como estratégias para aumentar a integração de atividades, incluindo compartilhamento de informações de áreas funcionais,

cooperação e colaboração em todo o canal da cadeia de abastecimento e estabelecimento de parcerias com os principais fornecedores, distribuidores e prestadores de serviços de saúde.

Conforme Garcia-Villarreal, Bhamra & Schonheit (2014), há um crescente reconhecimento da relevância da cadeia de abastecimento de cuidados de saúde no campo da Gestão de Operações, sendo a cadeia de abastecimento farmacêutica o foco da maioria das pesquisas. No entanto, a cadeia de abastecimento de tecnologia médica recebeu pouca atenção. A tecnologia médica é usada especificamente para fins diagnósticos e terapêuticos abrangendo uma extensa gama de produtos de saúde, como equipamentos, dispositivos e produtos de consumo. Existe uma vasta gama de produtos de tecnologia médica, que vão desde itens como seringas e curativos, passando por equipamentos mais complexos, como cadeiras de rodas e aparelhos auditivos, até aparelhos de alta tecnologia, como membros artificiais, lentes de contato inteligentes e marcapassos. Este setor tornou-se cada vez mais importante devido às tendências demográficas atuais. Espera-se que a demanda por produtos médicos aumente à medida que a população cresce, sendo que os idosos respondem por importante parcela desse consumo, o que por si só representa um grande desafio para as SCM do setor saúde. Todavia, não há dúvida acerca de que o emprego bem indicado de dispositivos médicos, mesmo implicando em custos crescentes, é de grande valia na recuperação da saúde e promoção de qualidade de vida.

Azevedo et al. (2016), ao comentarem o comportamento da cadeia de suprimentos no setor saúde, destacaram que, via de regra, o mapeamento de uma cadeia produtiva revela fluxos de trocas comerciais em que o movimento de bens e serviços se sobrepõe com a remuneração dos mesmos, apenas em sentido inverso, dado que aquele que recebe é o responsável pelo pagamento. Todavia, não é esse o caso na cadeia da saúde suplementar, dado que nem sempre aquele que recebe a prestação do serviço é aquele que ressarcirá o prestador. Por exemplo, um beneficiário de um plano privado de assistência à saúde ao se consultar com um médico credenciado, não efetuará o pagamento diretamente ao médico, pois já adquiriu o acesso ao serviço por meio da contratação da operadora do plano de saúde.

De acordo com Mathur et al. (2018), a cadeia de suprimentos do setor saúde é diferente do setor manufatureiro em termos do nível de personalização dos serviços prestados, do grau de participação dos *players* envolvidos e da incerteza subjacente aos produtos e serviços demandados, uma das falhas de mercado que caracterizam

o setor saúde. Ainda, segundo os mesmos autores, tudo isso torna a cadeia de valor dos serviços de saúde mais dinâmica e complexa, impactando significativamente o desempenho das organizações deste setor.

Antes de dar por concluída essa subseção, entende-se que seja pertinente comentar, ainda que com brevidade, a denotada judicialização do setor da saúde como um todo, mas com maior repercussão no âmbito da saúde suplementar em anos mais recentes, ainda que, a rigor, não configure um mecanismo regulatório, mas de intervenção.

Muitos gestores da saúde argumentam que os tribunais vêm criando um sistema paralelo, deferindo liminares e tutelas para garantir atendimentos ora desnecessários, ora sem cobertura contratual, sempre sob o argumento da dignidade humana, e muitas vezes legislando sem conhecimento de causa. Há um caso emblemático envolvendo a UNIMED do Nordeste, onde uma liminar foi concedida para uma cirurgia bariátrica em uma adolescente de 18 anos que havia sido negada pela área médica da operadora. A cirurgia, em acatamento à decisão judicial, foi realizada. A decisão judicial ignorou toda a fundamentação técnica apresentada pela operadora e, infelizmente, o desfecho foi o óbito da paciente (SILVA, 2016).

A título de ilustração, de modo a demonstrar a magnitude do fenômeno da judicialização no setor saúde, menciona-se que em apenas dois meses de 2015, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, foram impetradas 6.930 ações relacionadas à saúde, de um total de 14.978 ações ajuizadas. São Paulo foi o estado com maior judicialização na saúde em 2015, e o Rio Grande do Sul o maior proporcionalmente ao número de habitantes (SILVA, 2016).

O que aqui se discute não é, naturalmente, o direito de recorrer à esfera judicial em busca da garantia de direitos legítimos, ou ainda, de devida reparação. No entanto, não são esses aspectos denominadores comuns a todas as causas impetradas. Mais uma vez a título de ilustração, registra-se que a Corregedoria-Geral da Justiça de São Paulo após receber denúncia de supostas irregularidades em 120 ações judiciais contra operadoras de planos de saúde para realização de cirurgias de hérnia de disco, alertou para que os juízes do Tribunal de Justiça fossem mais criteriosos na análise de processos referentes a casos análogos. As ações levantaram suspeita pela presença de expressiva e injustificada gama de semelhanças. Uma boa parte dos casos era representada pelos mesmos escritórios de advocacia, envolviam

prescrições dos mesmos médicos e os mesmos relatos em varas diferentes (SILVA, 2016).

Desta maneira, dentre os grandes desafios que caracterizam a SCM no setor saúde, são especialmente dignos de nota a definição de formas de relacionamento que tomem a saúde — e não a doença — como eixo norteador da assistência prestada, a incorporação das melhores práticas médicas como indicador primário da qualidade da assistência ofertada, a satisfação dos usuários e a operação custo-compatível, com margens de lucro que, sem serem abusivas, assegurem a sustentabilidade do setor (SILVA, 2013).

Em 1995 — antes, portanto, da entrada da ANS como agente de regulação da cadeia de saúde suplementar — estudo conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) evidenciou que 75% a 90% dos médicos entrevistados dependiam diretamente de seus convênios com operadoras de planos de saúde para a continuidade da prestação de serviços em consultórios. Essa dependência, tal como observado pela autora do estudo, seria deveras preocupante, pois tenderia a deslocar o foco do relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde para a salvaguarda de suas respectivas margens de lucro, a qualidade da assistência sendo estabelecida circunstancialmente, em uma medida do possível que não prioriza a consonância com as melhores práticas médicas (MACHADO, 1995).

Alguns fatores têm contribuído de modo mais destacado para o crescimento exponencial dos gastos em saúde, dentre eles: extensão horizontal com o aumento do número de clientes e extensão vertical com a maior diversificação e complexidade da oferta de serviços; envelhecimento da estrutura etária da população; transformações na estrutura de morbidade e mortalidade com aumento das doenças crônicas degenerativas e redução das doenças infectocontagiosas; aumento do uso de tecnologias de alto custo; elevação do consumo desnecessário de serviços de saúde; e ampliação do seguro como elemento de proteção e indenização (FOLLAND, GOODMAN & STANO, 2008; BARROS, 2019).

Construída a fundamentação teórica, escopo do presente capítulo, pretende-se haver consolidado elementos suficientes para embasar o próximo capítulo, real âmago desse estudo. Mais do que descrever um cenário, tem-se aqui a intenção de progredir em uma proposta de ação no EB. Não se ignora a dificuldade da empreitada, diante da qual não há ainda um caso de sucesso. No entanto, avanços podem ser

identificados e lições, aprendidas. Em outras palavras, um esforço inspirador que, espera-se, frutifique.

3 FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO NA GESTÃO DAS OPME

Esta seção encontra-se dividida em três subseções. A primeira aborda a cadeia de suprimentos das OPME. A segunda, a SCM das OPME. Por fim, na terceira subseção são nominados e discutidos os fatores críticos de sucesso na SCM das OPME nas OMS do EB.

3.1 A CADEIA DE SUPRIMENTOS DAS OPME

Após a II Guerra Mundial, profundas transformações foram introduzidas no âmbito da gestão das atividades produtivas. Ainda que não se pretenda aqui progredir no resgate histórico deste percurso, importante destacar a concepção de toda e qualquer atividade produtiva como uma cadeia de agentes, fluxos e processos que, por sua vez, se integram a outras cadeias, tornando possível a continuidade das operações necessárias à atividade produtiva (DE VRIES & HUIJSMAN, 2011).

Ao conceber-se a assistência de saúde como uma cadeia, criam-se oportunidades para uma melhor apreensão de sua dinâmica, denominador comum com outras cadeias produtivas. Isso não equivale, no entanto, a ignorar suas especificidades. Em outras palavras, a perda de janelas de oportunidade na assistência de saúde pode ser irreparável, o que determina racionalidade diversa no estabelecimento de prioridades (FOLLAND, GOODMAN & STANO, 2008; DE VRIES & HUIJSMAN, 2011; BARROS, 2019).

Em essência, a cadeia de suprimentos das OPME possui as mesmas características apontadas previamente em relação ao setor saúde como um todo. Contudo, os elevados custos associados à reduzida transparência, ao lado da intensa demanda por inovação tecnológica, são atributos que ampliam a complexidade de sua gestão (BRASIL, 2016).

Como desdobramento direto dessa reduzida transparência, constata-se marcada indisponibilidade de fontes de informação sobre a cadeia de suprimentos das OPME. No entanto, como aponta Ramos (2017), o escândalo da assim denominada

"máfia das próteses", de grande repercussão midiática, foi um destacado vetor de pressão por maior clareza nas operações dessa cadeia.

Dentre as iniciativas deflagradas, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), concluída em agosto de 2016. Em suas deliberações, a Comissão reiterou o entendimento da urgência de reestruturação do setor, tendo em vista que a punição dos infratores, embora medida imperiosa, não seria capaz de, por si só, promover o saneamento da cadeia das OPME (ALENCAR, 2016).

Importante fonte de informação, tanto por seu caráter inovador como pela abrangência da coleta de dados, é o relatório final do Grupo de Trabalho Interdisciplinar (GTI) sobre OPME – GTI-OPME (BRASIL, 2015b).

Integraram o GTI-OPME representantes dos Ministérios da Saúde, da Fazenda, e da Justiça, além de representantes da ANS, da ANVISA e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos (OPME) em território nacional (BRASIL, 2015b).

Como apontado previamente, a denominação OPME abrange diversificado espectro de itens. De modo a mitigar o viés de confusão, o GTI-OPME delimitou o foco de suas medidas aos dispositivos médicos implantáveis (DMI). Em âmbito internacional, o termo DMI tem sido preferido a OPME, entendendo-se por DMI "órtese e prótese implantável por meio de procedimento médico ou odontológico invasivo, bem como os materiais utilizados como instrumental" (BRASIL, 2015b, p. 2).

Toda e qualquer cadeia de suprimentos é integrada por vários agentes que se articulam ao longo da mesma, assegurando que um dado suprimento, que pode ser um produto ou serviço, esteja disponível para consumo (DE VRIES & HUIJSMAN, 2011). A propósito dos atributos que distinguem os suprimentos de interesse da cadeia das OPME, tem-se que:

Em geral, os dispositivos médicos se caracterizam pelo elevado grau de diversidade e distinção tecnológica, um ciclo de vida curto, no qual mesmo produtos lançados recentemente podem se tornar obsoletos ou concorrencialmente inviáveis antes que sejam conhecidos seus potenciais benefícios ou malefícios. [...] A complexidade do subconjunto de órteses, próteses e materiais especiais não é diferente dos demais dispositivos médicos, pois também envolve uma extensa gama de dispositivos para uso

em ortopedia, cardiologia, neurologia, entre outras especialidades (BRASIL, 2015b, p. 63).

Essa cadeia, por sua vez, encontra-se inserida em um mercado diferenciado, que opera com grandes margens de lucratividade. Dentre as características presentes no mercado brasileiro, constata-se que:

Em 2014, o mercado de dispositivos médicos no Brasil foi de R\$ 19,7 bilhões. No caso do subsetor dos dispositivos implantáveis, estima-se que ele represente o equivalente a 20% do total, ou seja, cerca de R\$ 4 bilhões. [...]Existem hoje no Brasil mais de 3.670 empresas dentre fabricantes, importadores e distribuidores. A indústria brasileira de dispositivos médicos é formada, em geral, por pequenas e médias empresas. Estima-se que cerca de 70% das empresas desse setor possuem produção própria, menos de 10% dedicam-se unicamente à importação de produtos, e 93% das empresas possuem controle de capital nacional. O número de empresas atuantes no setor de implantes aumentou cerca de 44% de 1999 a 2008. A grande maioria das empresas está localizada no Estado de São Paulo, sendo 45% no interior e 34% na Capital. [...] Apesar de a maior proporção de faturamento ser verificada para os equipamentos, a categoria dos implantes foi a que apresentou a maior taxa de crescimento no período de 2007 a 2014, com um aumento de 249%, seguido por produtos odontológicos (184%) (BRASIL, 2015b, p. 3).

Compreender a dinâmica da cadeia de suprimentos das OPME não se resume a identificar os seus agentes e/ou detalhar seus papéis. Dito de outra forma, não há maior dificuldade em reconhecer que nela interagem fornecedores (produtores, importadores e distribuidores), prestadores de serviços de saúde (profissionais e estabelecimentos de saúde) e consumidores dos serviços de saúde (usuários). O que distingue a cadeia das OPME é o fato de que está inserida em um mercado que não é orientado pelo contraponto entre oferta e demanda, mas pela necessidade de consumo. Como outras cadeias do setor saúde, a assimetria de informação entre os agentes gera efeitos deletérios nessa cadeia, propiciando a ocorrência de condutas predatórias, tanto do ponto de vista ético como econômico.

A assimetria de informação é [...] uma falha de mercado que justifica a intervenção do Estado, via regulação econômica, para que o resultado da interação entre produtores e consumidores de determinado bem ou serviço seja eficiente, tendo como resultado adequados níveis de quantidade, qualidade e preço. [...] Em mercados com falhas de informação (informação assimétrica), nos quais o consumidor não consegue avaliar plenamente quais os ganhos de bem-estar decorrentes da aquisição do produto ou contratação do serviço, mesmo posteriormente à realização da compra, e tendem a aceitar as recomendações dos ofertantes, o desequilíbrio entre custos e preços pode levar a uma maior recomendação dos procedimentos mais rentosos e uma menor prescrição dos produtos e procedimentos menos rentosos. Diferentemente da situação na qual o consumidor é capaz de

perceber os benefícios dos serviços que adquire, o próprio funcionamento do mercado não seria suficiente para corrigir o desalinhamento entre preços e custos. Assim, quando da necessidade de utilização de um produto, como é o caso de dispositivos médicos implantáveis, pode ocorrer o problema denominado de seleção adversa, que reflete a situação na qual a assimetria de informações entre compradores e vendedores ocorre ex ante, ou seja, antes da concretização de uma transação econômica ou contrato. Como uma das partes não possui informações perfeitas sobre a outra, isso pode contribuir para a prática de preços mais elevados. Em relação aos dispositivos médicos implantáveis, por exemplo, o paciente-consumidor detém menos informações do que os prescritores, que detêm menos informações que os fabricantes. O paciente, então, coloca-se nas mãos de um terceiro (o prescritor) que decide em seu nome sobre os bens e/ou serviços de saúde a serem consumidos em cada situação. No caso dos dispositivos médicos implantáveis, além da dimensão da necessidade, aspectos relacionados com a sua qualidade intrínseca também não são passíveis de uma avaliação e certificação pelo consumidor, o que os caracteriza como bens credenciais; isto é, apenas um especialista pode atestar seus atributos de qualidade. (BRASIL, 2015b, p. 61-2).

Nesse sentido, é oportuno manter em perspectiva que a assimetria de informação não se restringe ao conhecimento técnico, abarcando toda e qualquer informação de que uma das partes dispõe e a(s) outra(s) parte(s) ignora(m), capaz de alterar o desfecho de uma ou mais transações comerciais, conformando essencialmente uma vantagem competitiva (FOLLAND, GOODMAN & STANO, 2008; BARROS, 2019).

Essa vantagem, no entanto, não seria possível caso existisse um mercado de informação perfeita, o que é apenas uma abstração.

Em um mercado com informação perfeita, no qual os demandantes fossem capazes de avaliar os ganhos de bem-estar decorrentes de cada produto ou procedimento alternativo, um desalinhamento entre preços relativos e custos relativos não teria conseqüências relevantes. A demanda para os produtos ou procedimentos subprecificados seria maior que a oferta, a demanda para os sobreprecificados seria menor que a oferta e, percebendo esses desequilíbrios, os ofertantes ajustariam os preços ou quantidades ofertadas até que oferta e demanda se equilibrassem (BRASIL, 2015b, p. 62).

As demais falhas de mercado presentes no setor saúde, enumeradas e discutidas em seção anterior, também se aplicam às OPME. Tal entendimento, cabe sublinhar, embasou as proposições feitas no PLS nº17/2015, que pretendeu regular o setor das OPME de modo similar ao do mercado de medicamentos. Entretanto, como antes comentado, a tramitação não logrou êxito, impondo aos gestores, públicos e privados, a tarefa ainda mais complexa de gerir uma cadeia do setor saúde que não

é alvo de regulação econômica por parte do Estado, mas apenas de regulação sanitária.

3.2 A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS DAS OPME

No setor saúde, os fluxos e processos de SCM ocorrem essencialmente em dois grandes cenários: o do Sistema Único de Saúde (SUS) e o da saúde suplementar. Por sua vez, as OMS do EB, objeto do presente estudo possuem características que as aproximam do setor da saúde suplementar, ainda que estejam obrigadas, por força de sua natureza jurídica, ao mesmo enquadramento nas normas da administração pública, inclusive quanto ao dever de licitar suas aquisições.

Dessa forma, toma-se aqui por oportuno, tendo em vista o objetivo de compreender a SCM das OPME no EB, contextualizar ambos os cenários. Isso porque a gestão de toda e qualquer cadeia de suprimentos não se dá de forma isolada, mas em um espaço dinâmico em que interagem vetores econômicos, sociais e políticos. Subsidiariamente, demonstra-se que a regulação do setor saúde por parte do Estado brasileiro é um fenômeno bastante recente e, sem sombra de dúvida, ainda em construção.

O primeiro sistema de saúde de que se tem notícia surgiu na Alemanha, no final do século XIX, tendo sido replicado em décadas subsequentes por muitos países, inclusive o Brasil. Tratava-se de sistema de natureza retributiva, em parte financiado pelo Estado e parte por descontos compulsórios na folha de pagamento dos trabalhadores. Não possuía, por conseguinte, caráter universal, o acesso aos serviços de saúde estando condicionado à contribuição regular nos termos da legislação em vigor. A idéia do acesso a serviços de saúde como garantia social, entendimento hoje majoritário, disseminou-se somente após a II Guerra Mundial, no esteio do grande debate instaurado acerca dos direitos humanos. Um dos sistemas mais inspiradores foi aquele desenvolvido pela Inglaterra, o National Health System (NHS) (MENICUCCI, 2007; VARELLA & CESCHIN, 2015).

Orientadas por racionalidade bastante similar a do sistema de saúde alemão, as primeiras ações de proteção social por parte do Estado brasileiro tiveram lugar ao longo da década de 1920, por meio das caixas de assistência e aposentadoria que contemplavam segmentos específicos de trabalhadores. As primeiras iniciativas no âmbito da saúde suplementar, por sua vez, ocorreram a partir da década de 1940.

Ainda hoje em operação, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) criada em 1944, foi a primeira Autogestão do Brasil, tendo por finalidade custear gastos com saúde dos funcionários do Banco do Brasil e seus dependentes, e, mais tarde, também de seus aposentados e pensionistas. Na década de 1950, uma empresa de medicina de grupo passou a atuar no mercado brasileiro para prestar serviços à Volkswagen, que havia inaugurado sua fábrica em São Bernardo do Campo (SP). Nos anos seguintes, o mercado da saúde suplementar expandiu-se vigorosamente no Brasil, passando a ser objeto de regulação estatal somente com a criação da ANS, cuja entrada no mercado ocorreu em 2000 (MENICUCCI, 2007; VARELLA & CESCHIN, 2015).

Marco referencial do processo de redemocratização da sociedade brasileira, a Constituição Federal de 1988 introduziu no ordenamento jurídico pátrio amplo espectro de direitos e garantias individuais e coletivas que vêm sendo consolidado desde então. Em outras palavras, a racionalidade meritocrática, que vinculava o acesso aos serviços de saúde à inserção formal no mercado de trabalho, foi substituída por outra, fundada no acesso universal, igualitário e gratuito (MENICUCCI, 2007).

Embora não se pretenda aqui progredir na análise dos fatores determinantes e/ou condicionantes que, em maior ou menor grau, concorreram para que esse sistema de saúde de concepção inclusiva não lograsse incorporar todos os cidadãos brasileiros à assistência pública, faz-se necessário tomá-lo como referência a partir da qual possam ser compreendidos os conceitos de saúde complementar e de saúde suplementar.

Esses dois processos — a implantação do sistema de saúde público e universal e o estabelecimento de uma política regulatória da assistência privada — foram conduzidos de modo dissociado, envolvendo, em larga medida, a interlocução entre atores privados e agências governamentais distintas. Assim, essa regulação não se deu no sentido de definir a inserção de mecanismos de mercado na estrutura da assistência de responsabilidade do Estado e de caráter universal, mas de consolidar a operacionalidade do sistema privado de forma independente do sistema público (MENICUCCI, 2007).

Não obstante, apesar de racionalidades distintas, público e privado têm dialogado na produção do cuidado de saúde, em um percurso de avanços, retrocessos e crises cíclicas, do que, no entanto, não se ocupará o presente estudo.

Em suma, no sistema de saúde brasileiro interagem múltiplos atores, estando reservado ao Estado o papel protagonista em virtude do contido no art. 196 da Constituição Federal em vigor, em cujo texto assevera-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

À iniciativa privada coube, por sua vez, desempenhar papéis coadjuvantes, quer em atuação complementar ou suplementar. A complementação estatal pela iniciativa privada ocorre quando, por meio de contratos de gestão, parcerias ou convênios, entidades privadas assumem o atendimento universal e gratuito, usualmente com a participação do Terceiro Setor. Por outro lado, a suplementação não se presta a um atendimento universal e gratuito, mas sim mediante a contribuição do consumidor, seja com o pagamento direto ao prestador ou por meio de contribuições mensais, configurando o assim chamado "plano de saúde". A suplementação da saúde pela iniciativa privada está referendada constitucionalmente pelo artigo 199. Como ali consignado, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Não se conforma como um segmento primário, necessário a proteção básica da saúde, e tampouco é fundada nos princípios da integralidade e gratuidade, mas concretiza-se como um sistema privado de relevância pública e fiscalizado pelo Estado, como previsto no artigo 197 do mesmo texto constitucional (MENICUCCI, 2007; VARELLA & CESCHIN, 2015).

Alves (2015) estratificou a regulação da saúde suplementar em 5 (cinco) momentos, favorecendo a uma apreensão mais integrada de seus rumos e tendências. Como marcos fundamentais, tem-se as normas do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e as primeiras resoluções da ANS, progredindo até os dias atuais.

O primeiro momento estendeu-se de 1999 a 2003, sendo marcado pela publicação pelo CONSU de 23 (vinte e três) resoluções que contemplaram, essencialmente, os fundamentos normativos. Ilustram os temas priorizados: 1) sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas a assistência de saúde suplementar; 2) Contrato de Gestão a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANS; 3) condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica; 4) critérios e parâmetros de variação das faixas etárias para efeito de cobrança diferenciada; 5) mecanismos de regulação (franquia e

coparticipação); 6) rol de procedimentos e eventos em saúde; 7) cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência; e 8) ressarcimento ao SUS e Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP).

À ANS, por sua vez, coube o papel de fazer cumprir a Lei nº9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o que gerou expressivo aporte de resoluções, com o objetivo de impor às operadoras de planos de saúde o cumprimento do ordenamento normativo vigente. Apesar dessa vasta área de atuação em relação às operadoras de planos de saúde, é oportuno manter em perspectiva que esta agência não possui ingerência sobre outros agentes da cadeia da saúde suplementar como, por exemplo, os importadores, os fabricantes e/ou os distribuidores de equipamentos e dispositivos médicos.

A segunda fase estendeu-se de 2004 a 2010, tendo como principais características: a manutenção do controle restritivo de reajustes; a ampliação do rol de procedimentos de cobertura obrigatória; maior influência de recursos judiciais no estabelecimento dos percentuais de reajuste de planos individuais, resultando em aumento do risco judicial nas operações de planos de saúde; e lançamento do Guia de Contratualização da ANS, publicado com o intuito de dar maior transparência às relações entre prestadores e operadoras. Ademais, foram publicadas resoluções específicas que contemplavam requisitos mínimos para a contratualização entre prestadores e operadoras. Em síntese, progrediu-se no sentido da forte regulação do setor, buscando-se a redução dos impactos adversos gerados pelos conflitos de interesse.

A terceira fase estendeu-se de 2010 a 2012. Dentre os eventos que a distinguiram, é possível destacar: regulação das administradoras de benefícios e dos planos coletivos por adesão; retomada da câmara técnica de reajuste de preços; regulação do *pool* de risco de carteiras até trinta vidas; abertura de câmara técnica para regulamentar os artigos 30 e 31 da Lei nº9.656 que tratam da possibilidade de permanência no plano de saúde nos casos de aposentadoria ou demissão sem justa causa; e divulgação de indicadores de qualidade.

A quarta fase estendeu-se de 2012 a 2015. Foi um período marcado por esforços de saneamento do mercado. O impedimento de comercialização de novos planos por operadoras inadimplentes com suas obrigações foi a medida de maior visibilidade. Não com menor importância, foram regulamentadas as cláusulas de

reajuste dos prestadores de serviço. Também foram avaliados novos modelos de solvência para a saúde suplementar.

Por fim, a quinta fase está em curso desde 2015. No cômputo geral, tem sido perpetuada a forte regulação do setor, com acirramento dos debates sobre os possíveis desdobramentos adversos da mesma sobre a sustentabilidade das operações dos planos de saúde.

Observando-se os períodos definidos por Alves (2015) é possível sugerir que o setor da saúde suplementar foi levado a antecipar questões que, em certa medida, tiveram importância minimizada ou mesmo negada no âmbito das organizações públicas de saúde. A esse respeito, Infante & Santos (2007, p. 945), comentam que "[...] a tendência no setor público parece ser reduzir todos os problemas de abastecimento dos serviços de saúde à insuficiência de recursos orçamentários". E acrescentam

É bem verdade que os efeitos deletérios dos períodos de desabastecimento provocados por disfunções da execução orçamentária não são desprezíveis. Entretanto, também são notórios os desperdícios e a má utilização de insumos e equipamentos, a escassa qualificação dos profissionais da área de abastecimento e a pouca atenção ao planejamento logístico nas organizações públicas de saúde (INFANTE & SANTOS, 2007, p. 946).

Diversificado repertório de prováveis causas das diferenças consistentes entre o setor público de assistência à saúde e o setor privado pode ser sugerido, com maior ou menor nível de evidência. Entende-se aqui, no entanto, que expressiva parcela desse fenômeno pode ser creditada ao fato de que, historicamente, a ineficiência no setor público tem sido tolerada, mesmo quando alvo de críticas contundentes. Por outro lado, empresas do setor de saúde suplementar com comportamento similar não conseguem permanecer no mercado, a quebra de muitas operadoras de saúde sendo matéria recorrente nos meios de comunicação de massa.

Em ambos os cenários, entretanto, a gestão da cadeia das OPME se impõe e essa percepção de valor tem sido consistentemente ampliada diante da crescente necessidade de aquisição desses dispositivos de elevado custo e acelerada obsolescência tecnológica. Nesse sentido, é oportuno ter em mente que, tendo em vista o envelhecimento populacional, uma tendência que geralmente cursa com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, assim como a maior prevalência de eventos traumáticos graves, torna-se possível antever que esse consumo prosseguirá em constante expansão.

Isso não equivale a afirmar, por óbvio, que todos os profissionais de saúde compartilhem elevada percepção de valor quanto à SCM. De fato, não é raro encontrar gestores de saúde que experimentam dificuldade em perceber seu trabalho como elo de uma cadeia produtiva, quer esta esteja ou não inserida em um mercado sob regulação do Estado. Isso demanda a construção de uma cultura que não pode ser imposta e que, no âmbito do EB, vem sendo construída por um processo de transformação ao longo dos últimos anos.

Reconhecida a importância da SCM das OPME, imprescindível é progredir na direção de como alcançar a eficiência em seus fluxos e processos.

A literatura especializada tem consagrado o conceito de prática como eixo norteador para uma maior eficiência da SCM e, como seria de esperar, o contexto das OPME não constitui exceção.

Manuais de "melhores práticas" (*best practices*) e de "boas práticas" (*good practices*) são referências usuais para o alcance desse mister.

Ainda que sem pretensão de consenso, a expressão "melhores práticas" diz respeito a um método superior ou prática inovadora que contribui para o melhor desempenho de uma organização. Tal reconhecimento é feito, normalmente, por outras organizações que atuam no mesmo segmento. Envolve acumular e aplicar conhecimento sobre o que funciona ou não em diferentes situações e contextos, incluindo lições aprendidas e o processo contínuo de aprendizado, *feedback*, reflexão e análise (o que funciona? como funciona? por que funciona?). A expressão "boas práticas", por sua vez, refere-se a realizar uma função ou teste usando apenas métodos recomendados ou aprovados. Os documentos de boas práticas podem incluir diretrizes, códigos de práticas, manuais de procedimentos, regulamentos, dentre outras possíveis publicações (GATTIKER, 2008).

A "melhor prática" é transformada em "boa prática" mediante sua aplicação para ajudar a alcançar um ou mais desfechos pretendidos. Por outro lado, uma "boa prática" é o desfecho da aplicação de uma "melhor prática" em um contexto ou situação específica de uma organização, uma adaptação para atender a requisitos situacionais.

Como reiterado ao longo do presente estudo, a cadeia de suprimentos das OPME caracteriza-se por reduzida transparência, em um ambiente de negócios em que predominam os conflitos de interesses e a assimetria de informação entre seus agentes.

Impunha-se, assim, a publicação de um manual dedicado a adoção de boas práticas. Essa tarefa foi levada a cabo pelo Ministério da Saúde, em parceria com diversos centros especializados em média e alta complexidade, cabendo assinalar que a iniciativa integra as recomendações do GTI-OPME (BRASIL, 2015b).

O Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (BRASIL, 2016) é uma publicação que tem por finalidade estabelecer diretrizes e propor soluções para as questões práticas relacionadas à aquisição, à solicitação, ao recebimento, à armazenagem, à dispensação, à utilização e ao controle de OPME, nas unidades de saúde, tendo como público-alvo equipes técnica e administrativa dos setores de compras, almoxarifados centrais, almoxarifados satélites, centros de material e esterilização, setores de diagnose ou cirúrgicos e serviços de confecção de órteses e próteses das unidades de saúde públicas ou privadas.

Convém assinalar que o citado manual é um instrumento técnico-operativo de trabalho, não sendo dotado de força de lei. No âmbito dos hospitais federais subordinados ao Ministério da Saúde, o seu cumprimento é regulamentado pela Portaria nº 1.302-MS, de 01 de agosto de 2017.

Não foi identificada iniciativa similar por parte do EB. Embora esse vago legal não impeça a adoção das recomendações desse Manual no âmbito das OMS do EB, a existência do marco normativo possibilitaria a homogeneização da SCM das OPME nas OMS do EB. Outra possível linha de ação seria a criação de um Grupo de Trabalho nos moldes do GTI-OPME, com a finalidade de traçar um diagnóstico situacional da gestão das OPME no EB, inclusive orientado para a identificação de melhores práticas já implementadas pelas distintas OMS.

Dentre as medidas em vigor, merecem destaque positivo a Portaria nº 146/DGP, de 28 de junho de 2017 que aprova o Caderno de Instrução na Especialidade de Ortopedia (EB30-CI-20.001), 1ª Edição, 2017; a Portaria nº 272-DGP, de 17 novembro de 2017, que aprova o Caderno de Instrução na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (EB30-CI-20.002), 1ª Edição, 2017 e a Portaria nº 168/DGP, de 24 de julho de 2019, que aprova o Caderno de Instrução de Neurocirurgia (EB 30-CI-20.003), 1ª Edição, 2019.

Para cada um dos Cadernos de Instrução (CI), a Diretoria de Saúde instituiu um Grupo de Trabalho (GT). Além dos especialistas do EB, integraram o GT representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de

Medicina (CFM) e de Sociedades Médicas de notória atuação em cada especialidade. O produto final reúne o melhor nível de evidência disponível acerca de cada procedimento contemplado, embasando as autorizações de procedimentos a serem executados em beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, além de contribuir para o processo de racionalização e economicidade na aquisição dos DMI.

Não com menor importância, destaca-se igualmente o Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro (BRASIL, 2017), reflexo do aspecto crítico dessa atividade na consecução de uma assistência de saúde financeiramente sustentável.

Cada uma dessas iniciativas ilustra, ainda que não esgote, o processo de construção de uma cultura assistencial que privilegia o aprendizado contínuo e o embasamento científico, de modo a manter o EB apto a enfrentar os desafios do século XXI também no campo da saúde.

3.3 OS FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Essa seção encontra-se dividida em duas partes. Na primeira, que se ocupa de aspectos relevantes sobre o tema, é descrito o processo de *brainstorming* individual que foi aplicado de modo a permitir a identificação dos fatores críticos de sucesso na SCM de OPME nas OMS do EB. Na segunda subseção, por sua vez, os fatores de sucesso são identificados, com breves comentários.

3.3.1 Aspectos relevantes

Essa análise de fatores críticos de sucesso tem por cenário a SCM das OMS do EB. Considera as possibilidades existentes no mercado das OPME em sua configuração atual e não progride no sentido do debate de uma agenda destinada a tornar esse mercado menos predatório e mais sustentável.

Três aspectos, no entanto, merecem ser destacados, em virtude do significativo impacto deletério dos mesmos sobre a SCM de OPME. São eles:

- a. existem problemas de concorrência nas cadeias produtiva e de comercialização das OPME cujo saneamento exige a regulação por parte do Estado, coibindo a prática de preços abusivos e inflacionados por margens excessivas de lucratividade, inclusive por meio de redução das barreiras à competição na distribuição das OPME e de maior transparência quanto aos preços praticados;

b. a indicação de emprego de OPME deve ser orientada por diretrizes e protocolos clínicos baseados no melhor grau de evidência disponível, tanto de modo a prevenir o desperdício de recursos como para garantir a segurança do paciente; e

c. é necessário mitigar as distorções produzidas por modelos de pagamento. Por exemplo, pagamentos por diárias globais ou por pacotes são preferíveis aos do tipo *fee-for-service*, em que cada serviço prestado é cobrado individualmente, gerando menor previsibilidade dos custos assistenciais.

Retomando a análise em curso, o primeiro passo foi definir o que seria considerado medida de sucesso no cenário do estudo. Assim, três indicadores foram considerados:

- a. reduzir os custos de aquisição das OPME;
- b. reduzir as falhas de abastecimento;
- c. ampliar a segurança do paciente.

Para identificar possíveis estratégias de redução dos custos de aquisição das OPME, foi preciso refletir sobre o que tem sido apontado como provável causa dos custos elevados. A falta de padronização da nomenclatura das OPME é um aspecto de marcado relevo, notadamente considerando-se a grande quantidade de itens disponíveis no mercado, bem como o acelerado ritmo de inserção de novos produtos.

O efeito nocivo, em um primeiro momento, é mais facilmente associado à dificuldade que essa lacuna impõe para a identificação de OPME similares. Contudo, não com menor importância, novas designações para um produto sugerem a incorporação de melhorias ou mesmo de atributos inovadores, o que não é necessariamente verdadeiro. Em outras palavras, um produto recém-lançado pode ter custo mais elevado, mas isso não exclui a possibilidade de que nenhum desempenho adicional tenha sido incorporado. Ademais, um mesmo produto pode ter distintos registros na ANVISA, feitos por diferentes responsáveis, que podem ser importadores, fabricantes ou distribuidores. Além disso, a indisponibilidade de uma nomenclatura padronizada e compartilhada entre todos os agentes da cadeia produtiva e de comercialização compromete a interoperabilidade entre os bancos de dados dos agentes dessas cadeias, potencializando a assimetria de informação.

OPME protegidas por patentes justificam custos de aquisição mais elevados. Os custos de pesquisas e estudos clínicos também são incorporados ao custo final. Ainda assim, essa produção tende a ser limitada e metodologicamente falha, deslocando para o período posterior à inserção no mercado a maior possibilidade de

identificação de falhas e efeitos adversos, com nítido comprometimento potencial da segurança do paciente.

Pensando em redução de custos nas aquisições no âmbito do setor público, o dever de licitar apresenta-se prontamente à memória. Resta então refletir sobre os limites e possibilidades dos instrumentos licitatórios.

Quanto a redução de falhas de abastecimento, isso remete ao planejamento baseado em previsões de demanda, controle de estoque, auditoria interna e gerenciamento de dados. Enfim, rotinas e procedimentos que exigem a disponibilidade de recursos humanos técnicos e administrativos qualificados, exigência compartilhada por todos os elos da cadeia de suprimentos de OPME, embora nem sempre satisfeita.

A padronização de rotinas e procedimentos é outro aspecto digno de nota e deve ser compromissada com a maior agilidade e fluidez dos processos de tomada de decisão. Essa elaboração demanda, dentre outras habilidades e competências, familiaridade com a gestão por processos, inclusive para o descarte daqueles que não agregam valor.

Por fim, a reflexão acerca da segurança do paciente evidenciou o amplo espectro de aspectos correlacionados na produção do cuidado de saúde.

3.3.2 Os fatores identificados

Foram identificados 3 (três) fatores críticos de sucesso, a saber:

a. Recursos humanos técnicos e administrativos qualificados

Os enfermeiros em OPME são os profissionais mais valorizados nesse mercado. A demanda por profissionais técnicos e administrativos é tão intensa que, em poucos anos, ocorreu a formação de um nicho de consultoria especializada, que permanece em expansão mesmo em tempos de crise econômica. A maioria desses profissionais atua como consultores e, em sua bagagem, contam com a experiência acumulada em carreiras no setor de saúde suplementar. Existem ainda empresas que assumem a execução de todos os fluxos e processos da gestão de OPME em regime de terceirização. Como em outros cenários em que atuam profissionais terceirizados, não há um único desfecho possível. Por convicção pessoal, o posicionamento aqui

adotado é de que os investimentos em qualificação de pessoal contribuem mais intensamente para que sejam possíveis mudanças positivas no clima organizacional. Nesse sentido, é oportuno manter em perspectiva que, em toda OMS que consome OPME, deve haver uma equipe que responde por esses fluxos e processos.

b. Alinhamento às boas práticas de gestão

Como comentado há pouco, existem equipes que respondem pela gestão de OPME em todas as OMS com esse perfil de demanda. Nesse sentido, a realização de um diagnóstico situacional pode ser um ponto de partida bastante adequado, permitindo aos colaboradores identificarem suas melhores práticas, assim como aperfeiçoá-las à luz de novas experiências. É um processo que não deve ser verticalizado, mas articulado em uma rede colaborativa. O uso de metodologia de ensino a distância (EAD) pode ser uma boa oportunidade de interação entre essas equipes, a despeito de onde estejam localizadas no território nacional.

O dever de licitar é usualmente apontado como uma barreira ao bom desempenho da aquisição pública. No entanto, cabe reconhecer que essa assertiva perdeu muito de sua pertinência com o advento do pregão eletrônico que, associado ao SRP, tem sido reconhecido por órgãos de controle como o Tribunal de Contas da União (TCU) como a escolha que melhor atende aos interesses da administração pública. Ferramentas de gerenciamento eletrônico e bancos de dados digitais têm contribuído favoravelmente para o alcance de melhores resultados nos processos licitatórios.

c. Auditoria interna permanente

Os procedimentos de auditoria são essenciais. Não apenas proporcionam dados que retroalimentam os fluxos e processos de gestão, como também são meios de detecção de indícios de condutas predatórias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontra-se em curso no EB um longo processo de transformação, que vem se consolidando de modo sinérgico nas últimas décadas.

Ao longo desse estudo, coerente aos objetivos propostos, manteve-se o foco em cada OMS como responsável pelo planejamento, execução e controle de seus fluxos e processos de aquisição. Entretanto, a aquisição descentralizada tende a esvaziar o poder de negociação.

Com base nesse entendimento, cogita-se a possibilidade de centralização das aquisições de OPME, favorecendo o alcance de economia de escala.

Recentemente publicada, a Portaria nº 182-EME, de 19 de junho de 2019, aprova a Diretriz que regulamenta as medidas necessárias para a implantação da Base Administrativa do Complexo de Saúde do Rio de Janeiro, com a finalidade de possibilitar a racionalização e o aprimoramento do atendimento das demandas administrativas, sobretudo no que se refere às atividades de aquisição, licitação e contratos, das OMS situadas na Guarnição do Rio de Janeiro RJ e de Niterói-RJ.

Visualiza-se assim, em um primeiro momento, a possibilidade de criação de um Núcleo de Gestão de OPME, em caráter de experiência-piloto, tendo como público-alvo o Hospital Central do Exército (HCE), o Hospital Geral do Rio de Janeiro (HGeRJ) e a Odontoclínica Central do Exército (OCEx).

A depender dos resultados alcançados, cogita-se a possibilidade de que esta forma de aquisição centralizada passasse a executar a cobertura nacional, para tanto lançando mão dos atributos de flexibilidade do SRP, o que permitiria a tomada de preços para todas as OMS interessadas e sem a obrigatoriedade de aquisição de todo o montante licitado, além de permitir a fragmentação das aquisições. Nessa vertente, fazem-se necessários estudos de viabilidade técnica e econômica, de modo a estabelecer a exequibilidade dessa proposta, proporcionando o embasamento para que possa ser aprimorada mediante a eliminação de possíveis gargalos.

5 CONCLUSÃO

As OPME são produtos singulares no mercado da saúde, singularidade essa que torna o seu processo de gestão ainda mais complexo.

A despeito dessa complexidade, todos os gestores que atuam nesse segmento estão sob contínua pressão para que obtenham menores custos e preservem a qualidade da assistência prestada. Entende-se aqui que uma das principais estratégias para a consecução desse objetivo é a centralização de aquisições, favorecendo a economia de escala. Atualmente, as aquisições são conduzidas de forma descentralizada, a cargo de cada OMS interessada.

A análise desse cenário revelou a existência de três fatores críticos de sucesso, a saber: a. recursos humanos técnicos e administrativos qualificados; b. alinhamento às boas práticas de gestão; e c. auditoria interna permanente.

Cabe enfatizar, por fim, a importância de que a implementação desses fatores críticos de sucesso não seja realizada de forma impositiva e verticalizada, mas mediante engajamento sustentado por percepção de valor. Ademais, o emprego do EAD para a qualificação dos recursos humanos pode ser uma estratégia de valor para formação de redes colaborativas, ampliando as possibilidades de mudanças positivas sustentáveis em longo prazo.

REFERÊNCIAS

AB TALIB, Mohamed Syazwan; ABDUL HAMID, Abu Bakar; THOO, Ai Chin. **Critical success factors of supply chain management: a literature survey and Pareto analysis**. EuroMed Journal of Business, v. 10, n. 2, p. 234-263, 2015.

AGHAEI MEIBODI, Leili; MONAVVARIAN, Abbas. **Recognizing critical success factors (CSF) to achieve the strategic goals of SAIPA Press**. Business Strategy Series, v. 11, n. 2, p. 124-133, 2010.

ALENCAR, Anna Carolyne Ferreira. **Aquisição e utilização das órteses, próteses e materiais especiais–OPME e os facilitadores do superfaturamento no sistema de saúde**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

ALVES, Sandro Leal. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: FUNSEG, 2015.

AMORIM, Victor Aguiar Jardim de. **Licitações e contratos administrativos: teoria e jurisprudência**. Brasília: Senado Federal, 2017.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Pesquisa de preços sobre órteses, próteses e materiais especiais (OPME)**. Brasília, 2012.

ARROW, Kenneth J. **Uncertainty and the Welfare Economics of Medicine Care**; the American Economic Review. 1963.

AZEVEDO, Paulo Furquim et al. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de avaliação de políticas**. São Paulo: Centro de Estudos em Negócios do Insper, 2016.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde**. São Paulo: Leya, 2019.

BOWERSOX, Donald J. et al. **Gestão logística da cadeia de suprimentos**. São Paulo: AMGH Editora, 2013.

BOYNTON, Andrew C.; ZMUD, Robert W. **An assessment of critical success factors**. Sloan Management Review, v. 25, n. 4, p. 17-27, 1984.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Departamento Geral do Pessoal. Diretoria de Saúde. **Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de boas práticas de gestão de órteses, próteses e materiais especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Senado Federal. **PLS nº17/2015. Define normas de regulação para o mercado de órteses, próteses e materiais especiais**. Brasília, 2015a.

_____. **Relatório final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais.** Brasília, 2015b.

CHEN, Daniel Q.; PRESTON, David S.; XIA, Weidong. **Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical test.** *Journal of Operations Management*, v. 31, n. 6, p. 391-408, 2013.

CHING, H. Y. **Gestão de estoques na cadeia de logística integrada: supply chain.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DE VRIES, Jan; HUIJSMAN, Robbert. **Supply chain management in health services: an overview.** *Supply Chain Management: An International Journal*, v. 16, n. 3, p. 159-165, 2011.

ELMUTI, Dean et al. **Challenges and opportunities of health care supply chain management in the United States.** *Health Marketing Quarterly*, v. 30, n. 2, p. 128-143, 2013.

FERREIRA JÚNIOR, Walter Cintra et al. **OPME — Órteses, próteses e materiais especiais: uma discussão sobre usos e abusos.** *Revista Debates GVsaúde*, n. 15, p. 16-29, 2013.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **A economia da saúde.** In: *A economia da saúde*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GARCIA-VILLARREAL, Enrique; BHAMRA, Ran S.; SCHONHEIT, Martin. **The critical factors of the medical technology supply chains in the European healthcare sector: a pilot study.** *21st EurOMA Conference: Operations Management in an Innovative Economy*. Palermo. Italy. 20th-25th June 2014.

GATTIKER, Urs E. **Good practice or best practice: what shall it be? Social Media Audit, 2008.** Disponível em <<http://commetrics.com/articles>>. Acesso em 16 de agosto de 2019.

GHOSHAL, Sumantra. **Bad management theories are destroying good management practices.** *Academy of Management learning & education*, v. 4, n. 1, p. 75-91, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALEZ ALEU, Fernando; VAN AKEN, Eileen M. **Systematic literature review of critical success factors for continuous improvement projects.** *International Journal of Lean Six Sigma*, v. 7, n. 3, p. 214-232, 2016.

HERZLINGER, Regina E. **Why innovation in health care is so hard.** *Harvard Business Review*, v. 84, n. 5, p. 58-64, 2006.

HOWELL, Marvin T. **Critical success factors simplified: implementing the powerful drivers of dramatic business improvement.** London: CRC Press, 2009.

IESS. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar. **Distorções nos gastos com OPME: o que está causando os altos valores?** Texto para discussão nº 55; Brasília: IESS, 2015.

_____. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar. **OPME**. Brasília: IESS, 2017.

INFANTE, Maria; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 945-954, 2007.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEIDECKER, Joel K.; BRUNO, Albert V. **Identifying and using critical success factors**. *Long Range Planning*, v. 17, n. 1, p. 23-32, 1984.

LEE, Sang M.; LEE, DonHee; SCHNIEDERJANS, Marc J. **Supply chain innovation and organizational performance in the healthcare industry**. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 31, n. 11, p. 1193-1214, 2011.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil dos médicos no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

MAGALHÃES, Eduardo. **Gestão da cadeia de suprimentos**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 433-444, 2004.

MATHUR, Bhavana et al. **Healthcare supply chain management: literature review and some issues**. *Journal of Advances in Management Research*, v. 15, n. 3, p. 265-287, 2018.

MEDEIROS, Octacílio José; TEIXEIRA, Sérgio Silvestre Machado pinto. **Cadeia de suprimentos: um novo modelo de gestão empresarial**. São Paulo: Nelpa, 2015.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PAZ, Sinderley Junior Ferreira. **A experiência com a utilização do pregão eletrônico nas aquisições de bens: o caso das unidades gestoras do Exército brasileiro sediadas no Estado do Rio de Janeiro**. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

RAMOS, Pedro. **A máfia das próteses: Uma ameaça à saúde**. São Paulo: Évora, 2017.

ROCKART, John F. **Chief executives define their own data needs**. Harvard Business Review, v. 57, n. 2, p. 81-93, 1979.

SHANKS, Nancy H. et al. (Ed.). **Introduction to health care management**. New York: Jones & Bartlett Publishers, 2016.

SASSO DE LIMA, Telma Cristiane; TAMASO MIOTO, Regina Célia. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Revista Katálysis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

SILVA, Alceu Alves da. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre: BVS, 2013.

SILVA, Carlos André Lynch Nuno da. **Uma análise dos gastos hospitalares sob o ponto de vista da saúde suplementar**. [Tese de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

SILVA, Renaud Barbosa da. **Logística em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016.

TALIB, Mohamed Syazwanet al. **Critical success factors of supply chain management: a literature survey and Pareto analysis**. EuroMed Journal of Business, v. 10, n. 2, p. 234-263, 2015.

VARELLA, Drauzio; CESCHIN, Mauricio. **A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil**. São Paulo: Editora Paralela, 2015.

WORLD HEALTHCARE OUTLOOK. **Economist Intelligence Unit Report**. August 14, 2013.