

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) HENRIQUE BARROS PINHEIRO

TERCEIRIZAÇÃO DO APOIO LOGÍSTICO

A gestão dos serviços médicos terceirizados no Hospital Naval Marcílio Dias

Rio de Janeiro

2016

CMG (Md) HENRIQUE BARROS PINHEIRO

TERCEIRIZAÇÃO DO APOIO LOGÍSTICO

A gestão dos serviços médicos terceirizados no Hospital Naval Marcílio Dias.

Tese apresentada à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-IM) Reis Abrantes

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2016

Aos meus pais, Jacyra e Gilberto, à
minha esposa Ana Gabriela e aos meus filhos,
Gustavo, Bernardo e Ana Luiza, pelo amor
incondicional e infinita compreensão dedicados a
mim, ao longo da minha vida marinha.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos do Corpo de Saúde da Marinha.

Ao meu orientador, Capitão de Mar e Guerra (IM-RM1) Cesar Reis Abrantes Filho, pelas preciosas sugestões, transmitidas com sabedoria e paciência, além da forma gentil e atenciosa com que sempre me atendeu e pela efetiva colaboração durante todas as fases de elaboração desta Tese.

A todos que de alguma forma possibilitaram a construção deste projeto.

RESUMO

A terceirização de serviços médicos para Assistência Médico-Hospitalar em Organizações de Saúde Extra-Marinha, constitui importante ferramenta estratégica do SSM, que pelo sistema de credenciamento possibilita o atendimento médico ao seu usuário, mesmo que em localidades no interior do Território Nacional, de forma desburocratizada, economicamente viável e perfeitamente legal. A Administração Naval sempre conviveu, rotineiramente, com a dificuldade de captação e a evasão voluntária dos médicos civis e militares, principalmente pelos baixos salários em relação aos honorários médicos da iniciativa privada e, no caso particular do médico militar, também devido à grande disponibilidade exigida pela vida da caserna. Após 2011, quando foram suspensas, por tempo indeterminado, as autorizações para a realização de concursos públicos e para provimento em cargos públicos no âmbito da Administração Pública Federal, condenando a carreira do médico civil federal à extinção, a situação da falta de médicos no HNMD tornou-se caótica, fazendo com que fosse tomada a decisão da complementação da equipe médica, por meio de credenciamento de pessoa jurídica para o fornecimento de mão de obra especializada. O propósito deste trabalho é o de realizar uma análise crítica da terceirização dos serviços médicos do HNMD, sob os aspectos da legalidade e da política do Governo Federal para a Saúde Pública, propondo ações para a melhoria da sua gestão estratégica.

Palavras-chave: assistência médico-hospitalar; credenciamento; gestão; Hospital Naval Marcílio Dias; Sistema de Saúde da Marinha; terceirização.

ABSTRACT

Outsourcing of medical services in order to provide medical and hospital assistance in health organizations that do not belong to the Navy has become an important SSM strategic tool since the accreditation system has enabled the medical care even for those users who live within the national territory in rural locations in such a unbureaucratic way, perfectly legal and economically viable. Naval health care administration has always coexisted with the difficulty of attracting and restraining voluntary avoidance of doctors, both civilian and military, mainly due to the low wages compared to medical fees paid by the private sector and, particularly to the military, the extensive availability required for life in barracks. After 2011, when the authorization to conduct a public procurement and to provide public offices in scope of federal public administration was suspended indefinitely, condemning the federal civilian doctor's career to extinction, the absence of doctors in HNMD became chaotic, revealing the need to complement the medical staff through corporate accreditation for the supply of skilled labors. The purpose of this project is to conduct a review regarding the outsourcing of HNMD medical services, under the aspects of legality and Federal Government politics about public health, proposing actions to improve its strategic management.

Keywords: medical and hospital assistance; accreditation system; management; Hospital Naval Marcílio Dias; Naval health care system; outsourcing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACISO – Ação Cívico-social

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AMH – Assistência Médico-Hospitalar

AMB – Associação Médica Brasileira

CISSEFA – Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas

CMAM – Centro de Medicina Assistencial da Marinha

CRC – Certificado de Registro Cadastral

CEREMERJ – Comissão Estadual de Residência Médica do Rio de Janeiro

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMG – Capitão de Mar e Guerra

C-PEM – Curso de Política e Estratégia Marítimas

C-SUP – Curso Superior

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CJU-RJ – Consultoria-Jurídica da União no Rio de Janeiro

CGU/AGU – Controladoria-Geral da União da Advocacia-Geral da União

CER – Coordenação de Emergência Regional

CSM – Corpo de Saúde da Marinha

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha

GCM – Gabinete do Comandante da Marinha

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

IMH – Indenização Médico-Hospitalar

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MB – Marinha do Brasil

MD – Ministério da Defesa

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NAJ/AGU – Núcleo de Assessoramento Jurídico da Advocacia-Geral da União

OCM – Odontoclínica Central da Marinha

OM – Organização Militar

OMFM – Organização Militar com Facilidades Médicas

OSE – Organização de Saúde Extra-Marinha

OMH – Organização Militar Hospitalar

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Organização Social

OTE – Órgão Técnico de Execução

PCOM – Plano de Carreira de Oficiais da Marinha

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PRMGFC – Programas em Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade

PSF – Programa Saúde da Família

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SAIPM – Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

TST – Tribunal Superior do Trabalho

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USM – Unidade de Serviço Médico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UISM – Unidade Integrada de Saúde Mental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Tema.....	13
1.2	Justificativa.....	14
1.3	Objetivos.....	15
1.4	Referencial teórico.....	15
1.5	Metodologia.....	16
2	TERCEIRIZAÇÃO: BREVE HISTÓRICO E CONCEITOS.....	17
3	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	19
3.1	O Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
3.2	O Sistema de Saúde da Marinha (SSM).....	23
3.2.1	Estrutura.....	23
3.2.2	Fontes de recursos.....	24
3.2.3	Condições de Atendimento.....	26
4	A TERCEIRIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	28
4.1	Legislação e Considerações Jurídicas.....	28
4.2	A Terceirização no SUS.....	31
4.2.1	A Terceirização da Gestão de Unidade Hospitalares.....	32
4.2.2	Contratação Temporária de Profissionais de Saúde.....	40
4.3	A Terceirização de Serviços Médicos no SSM.....	42
4.3.1	Credenciamento de OSE.....	44

4.3.2	Contratação de Serviços Médicos para o HNMD.....	46
5	ANÁLISE DA POLÍTICA DO GOVERNO FEDERAL PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	50
6	ANÁLISE DA GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO MÉDICO NO SSM.....	60
7	CONCLUSÃO.....	65
	REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, existia um sistema de saúde para atender, no setor público, os pacientes com direito aos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e quem não tivesse direito tinha que ser atendido nos sistemas estaduais e municipais.

O SUS unificou o acesso da população a toda rede de assistência médica (federal, estadual e municipal), tornando o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição, conforme previsto no princípio da universalidade.

Outro dos seus pressupostos, o da hierarquização, prevê o atendimento à população desde a saúde básica passando pela atenção primária e secundária, até a hospitalar de alta complexidade, permitindo o acesso do paciente a qualquer um desses níveis e com uma cobertura prevista a todas as patologias.

Desde o seu início, o SUS tem enfrentado uma realidade política e econômica adversa, que vem gerando o seu “desfinanciamento” progressivo e uma consequente e crônica falta de recursos, não tendo ainda conseguido estabelecer regras adequadas e perenes para o seu financiamento.

O baixo financiamento do Sistema tem causado vários problemas como a sua falta de expansão, necessidade de reestruturação das unidades de saúde e má remuneração dos médicos, que associada às precárias condições de trabalho, faz com que esses profissionais não engajem no serviço público de forma permanente e, não havendo uma solução efetiva para a questão dos recursos humanos, o SUS não se viabiliza.

Embora o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) não faça parte do SUS, tendo um financiamento próprio e só atendendo usuários com direito ao sistema, possui uma estrutura de

funcionamento baseada nos seus fundamentos e enfrenta os mesmos problemas políticos e econômicos de governo relacionados ao serviço público de saúde, principalmente os relacionados à gestão de pessoal.

O Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) possui uma infraestrutura hospitalar bem superior à grande maioria das unidades de saúde do SUS, oferecendo boas condições de trabalho aos profissionais de saúde, mas também enfrenta sérias dificuldades para a captação e manutenção de médicos nos seus quadros, pois estes preferem dedicar-se à iniciativa privada que oferece uma carreira bem mais lucrativa. Os médicos civis do HNMD estão em processo de extinção devido a aposentadorias por tempo de serviço e pela proibição de novos concursos públicos desde 2011, e seus médicos militares muitas vezes desistem da carreira naval devido aos vencimentos que têm sido cada vez mais depreciados, desde o início do processo de redemocratização do país, em relação ao praticado no mercado, e a disponibilidade permanente exigida, apesar da flexibilização da rotina de trabalho, ou ainda devido a movimentações por necessidade do serviço que os afastem, mesmo que temporariamente, do HNMD.

1.1 Tema

A terceirização de serviços médicos no HNMD tem sido empregada, acima de tudo, como forma de complementar a força de trabalho em setores essenciais do hospital e suprir a carência de pessoal, que vem se agravando drasticamente desde 2011, quando a Portaria nº 39, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), suspendeu, por tempo indeterminado, as autorizações para a realização de concursos públicos e para provimento em cargos públicos no âmbito da Administração Pública Federal.

Diante da severa crise econômica que se instalou no país, levando a cortes orçamentários e contingenciamentos dos recursos destinados à Marinha do Brasil (MB), impondo um corte de custos em todos os seus setores, incluindo o SSM, o tema proposto tem

também o objetivo de responder ao seguinte problema: Que ações devem ser empreendidas, à nível de gestão estratégica, para reduzir os custos dos serviços médicos terceirizados no HNMD, sem que haja um prejuízo da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) prestada aos usuários do SSM?

1.2 Justificativa

A falta de médicos tem sido um sério problema que cada vez mais afeta a administração pública da saúde em todos os seus níveis (municipal, estadual e federal) e enquanto não há uma solução definitiva para esta carência, seja pela reestruturação de um Plano de Cargos/Carreiras e Salários que estimule o médico a aderir ao serviço público por meio da realização de concursos, seja pela flexibilização das leis trabalhistas de modo a permitir a sua contratação direta pelas instituições públicas, como, por exemplo, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de acordo com os salários praticados no mercado, a terceirização tem sido a linha de ação adotada. Alguns governos, como o do estado e o do município do Rio de Janeiro, têm recorrido à estratégia de terceirizar toda a gestão operacional de alguns de seus hospitais para Organizações Sociais de Saúde.

Na visão deste autor, atualmente o HNMD possui um quadro de médicos civis e militares que está abaixo das suas reais necessidades, sendo essencial a terceirização de alguns serviços médicos prioritários a fim de evitar a desassistência aos seus usuários.

O propósito relevante deste trabalho acadêmico é o de compreender todas as possibilidades e limitações da terceirização de serviços médicos pelo HNMD, como forma de minimizar a carência de médicos no seu efetivo, a fim de delinear uma estratégia que possibilite uma gestão profissional cada vez mais eficiente na busca de uma melhoria contínua na qualidade da assistência médica prestada, mesmo sendo impactado pela necessidade imperativa de reduzir os seus custos.

1.3 Objetivos

A proposta da presente tese fundamenta-se na necessidade de terceirizar alguns serviços médicos do HNMD a fim de garantir a eficácia no atendimento dos seus usuários, diante de uma severa restrição do número de médicos especialistas nos setores terceirizados. Neste estudo não será abordada a terceirização nas atividades de caráter estritamente militar, que envolvem o apoio logístico às operações militares propriamente ditas, visto que os serviços médicos terceirizados destinam-se à medicina assistencial prestada aos usuários do SSM, militares ou seus dependentes, que podem ser realizados por médicos civis ou militares.

O propósito, ao longo do desenvolvimento deste trabalho, é atingir os seguintes objetivos:

- Apresentar um breve histórico da terceirização e seus conceitos fundamentais;
- Descrever o SSM, destacando sua estrutura, suas fontes de recursos e suas condições de atendimento, e o seu contexto com o SUS;
- Delimitar os principais marcos legais da terceirização na Administração Pública;
- Analisar as terceirizações no SUS: da gestão de unidades hospitalares e da contratação temporária de profissionais de saúde;
- Analisar a terceirização de serviços médicos no SSM, pelo sistema de credenciamento de Organização de Saúde Extra-Marinha (OSE), e os contratos de prestação de serviços médicos para o HNMD; e
- Analisar a política do Governo Federal para a Saúde Pública e a estratégia da terceirização na gestão da força de trabalho médico na Marinha do Brasil (MB).

1.4 Referencial Teórico

O conteúdo do presente trabalho fundamenta-se no estudo dos principais autores sobre o tema da terceirização, com ênfase no Serviço Público, tais como Giosa (2003), Di Pietro (2011), Meirelles (1985), Guimarães (2011), Sussekind (2004), Labanca (2008), e

Ramos (2001), assim como no conhecimento e análise de toda legislação que regulamenta os seguintes temas, que serão elencados pelo desenvolvimento da presente tese: o Sistema de Saúde no Brasil e na MB, destacando-se o SUS e o SSM; a terceirização na Administração Pública, da gestão de unidades hospitalares do SUS e na contratação temporária de profissionais de saúde; e a terceirização de serviços médicos no SSM, pelo credenciamento de OSE, e pelos contratos de prestação de serviços médicos no HNMD.

Finalmente, será feita uma análise da política de pessoal do Governo Federal para médicos do Serviço Público, visando identificar sua repercussão para o SSM, e buscando identificar ações a empreender que propiciem uma gestão estratégica da terceirização de serviços médicos no SSM, pelo estudo de caso do HNMD, a fim de obter uma impositiva redução de custos, sem comprometer a qualidade dos serviços contratados.

1.5 Metodologia

A metodologia a ser utilizada na pesquisa consistirá na busca e investigação, por meio de pesquisa bibliográfica, análise e um estudo de caso.

Inicialmente, serão estudadas a literatura especializada e toda legislação vigente a respeito da terceirização, principalmente no setor público de forma geral e, em particular, na área da saúde. Posteriormente, serão analisados todos os contratos de serviços médicos terceirizados existentes no HNMD, buscando propor ações que possam diminuir os seus custos e melhorar, ou ao menos manter, a qualidade dos mesmos.

Serão realizadas visitas à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e ao HNMD, visando observar as estruturas existentes para gestão dos serviços médicos terceirizados. Também serão pesquisadas as Organizações Militares das demais Forças Armadas e Instituições Públicas de Saúde que possuam serviços médicos terceirizados.

2- TERCEIRIZAÇÃO: BREVE HISTÓRICO E CONCEITOS

O conceito de terceirização surge na Segunda Guerra Mundial, com a expressão original em inglês *outsourcing* (fornecimento vindo de fora ou obtenção no setor externo das fontes necessárias), quando os Estados Unidos da América aderem ao conflito e sentem a necessidade de suas indústrias bélicas concentrarem os esforços de guerra na produção de armamentos a serem utilizados no combate e passam a delegar algumas atividades de suporte por meio da contratação de outras empresas prestadoras de serviços, visando obter um aumento da eficiência das empresas contratantes. Essa nova concepção administrativa, no período pós-guerra, evoluiu e consolidou-se como uma técnica aplicada à gestão empresarial nas áreas administrativas e produtivas (GIOSA, 2003).

Segundo Giosa (2003) a terceirização tem como função básica a tendência de transferir, para terceiros, atividades que não fazem parte do negócio principal da empresa, aplicando assim uma administração moderna na qual a empresa, que terceiriza, passa a concentrar os esforços em suas atividades essenciais, delegando a terceiros as atividades complementares e estabelecendo uma relação de parceria.

Há de se fazer uma comparação entre a terceirização na iniciativa privada e no setor público. Enquanto aquela visa à redução do custo para auferir lucro, esta, por ser executada pelo poder público, apesar de se preocupar com a redução de custo não quer ter lucro e sim promover a melhoria de qualidade do serviço prestado. Iniciativas como a tentativa da diminuição da máquina pública e busca de novas interferências na economia, com a participação da iniciativa privada em parceria com o governo, dão o destaque ideal que consagram a terceirização como o processo gerador de reflexão sobre o papel do Estado e a necessidade de redução de custo, com a conseqüente melhora da qualidade dos serviços prestados à população (GIOSA, 2003).

Portanto, no setor público, mesmo sem se visar o lucro, a economia de recursos é

fundamental, pois permite a contratação de uma maior quantidade de serviços de saúde, e, conseqüentemente, o atendimento de um número maior de pessoas, com a diminuição do aprazamento para consultas e procedimentos médicos, refletindo numa melhora de qualidade no atendimento ao usuário.

Este trabalho aborda a terceirização de serviços médicos no serviço público, com ênfase na Marinha do Brasil, e neste contexto intitula terceirização como todo e qualquer serviço público prestado por terceiros não pertencentes aos quadros públicos.

Cada vez mais a Administração Pública transfere a prestação de serviços públicos à iniciativa privada, entretanto, ao executar esta transferência, o administrador deve observar o princípio da eficiência que impõe a todo agente público realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional (MEIRELLES, 1985).

Giosa (2003) destaca que os mesmos conceitos básicos da Administração devem ser considerados na terceirização: o planejamento (determinação antecipada do que deve ser feito para se alcançar os objetivos estabelecidos), a organização (estabelecimento da relação entre os órgãos e os recursos a eles atribuídos para cumprir o planejamento), o controle (verificação das ações desenvolvidas para o cumprimento planejado), a coordenação (organização entre os setores e as atividades que eles desenvolveram) e a direção (orientação das ações e pessoas para o alcance dos objetivos).

Em resumo, a terceirização exige uma gestão efetiva por parte da organização contratante, baseada em um planejamento estratégico e com um acompanhamento contínuo das metas estabelecidas.

3-O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A atenção à saúde no Brasil iniciou-se na segunda década do século XX, quando foram criadas as caixas de Pensão e Aposentadoria, com propósito inicial de proteção social, que garantiam a assistência médica aos contribuintes. Posteriormente, na década de 40, surgiu em alguns Estados da Federação, um sistema de saúde privado, como modalidade de assistência médica suplementar para os funcionários públicos da União, cuja principal característica era o pagamento por parte do usuário, seja para planos de saúde ou desembolso direto. Ou seja, as empresas do setor público investiam recursos próprios e de seus empregados para financiar a assistência à saúde. Após o surgimento das empresas estatais, a assistência médica foi incluída como forma de benefício, um direito adquirido e sem ônus para seus funcionários (ELIAS; VIANA, 2011).

Ainda conforme Elias e Viana (2011), durante as décadas de 1950 e 1960, surgiram as organizações de saúde destinadas a prestar assistência exclusiva aos funcionários estaduais não amparados pela Previdência Social, que não possuindo uma rede de serviços própria com capacidade de atender à demanda crescente dos seus beneficiários, recorreram a convênios com empresas médicas (empresas de medicina de grupo e cooperativas), alavancando de forma decisiva o processo empresarial da medicina que se perpetua até os dias de hoje.

A maioria dos brasileiros não era assistida, ficando à margem do sistema e utilizando a assistência médica estatal (instituições públicas de saúde, em número reduzido, nas esferas municipal, estadual e federal) ou Santas Casas (filantrópicas) (PONTE Org, 2010).

Resumidamente, até a década de 80, esta foi a estrutura do setor de saúde no Brasil, destinado a uma parcela da população dos centros urbanos, de trabalhadores formais e parte do funcionalismo público federal, cujo financiamento dos serviços prestados era custeado pelas contribuições compulsórias sobre os salários desses trabalhadores.

No início dos anos 80 a política de saúde focou na atenção primária, tendo como

principais objetivos a prevenção e a promoção da saúde, incluindo o atendimento de baixa complexidade nas especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia) de forma universal, hierarquizada e descentralizada.

Essa política foi decorrente das propostas formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por ocasião da Conferência de Alma-Ata (1978) e que, em síntese, visava expandir a cobertura assistencial de saúde por meio do primeiro nível de contato do indivíduo com o Sistema de Saúde, disponibilizando a atenção à saúde o mais próximo possível da residência ou do trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elo de um processo permanente de assistência à saúde (OMS, 1978).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) realizada em 1986, legitimou a nova política de saúde vigente, que ficou conhecida como Reforma Sanitária, e influenciou a Seção de Saúde da Constituição Federal promulgada em 1988 (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um Sistema de Saúde brasileiro híbrido, onde coexistem uma assistência à saúde estatal, como dever do Estado, prestada por meio do SUS, e uma assistência à saúde que pode ser prestada pela iniciativa privada de forma complementar.

O SUS, criado em 1988, foi efetivado e regulamentado pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), enquanto as regras para o funcionamento do setor privado somente foram definidas pela Lei nº 9.656, de 03 de junho 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência de saúde (BRASIL, 1990).

Posteriormente, para atender aos anseios da sociedade para a regulação do setor de saúde complementar, incluindo as suas relações com prestadores e consumidores, com a finalidade de promover a defesa do interesse público, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, pela Lei nº 9.961, de 28 de

janeiro de 2000 (BRASIL, 2000a).

3.1-O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde, de acesso universal e igualitário a todo cidadão é constituído pelo conjunto de ações e serviços públicos de saúde, regionalizado e hierarquizado, com os seguintes propósitos: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais; de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (exercida pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente à nível federal, estadual e municipal); e com a participação comunitária (BRASIL, 1990).

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada e seus serviços caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento (BRASIL, 1990).

O SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, por meio de contrato ou convênio, de preferência com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990).

Os critérios e valores para a remuneração de serviços e ou parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde, e deverão ser fundamentados em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados (BRASIL, 1990).

A política de recursos humanos do SUS será formalizada e executada, articuladamente pelas diferentes esferas de governo, a fim de atender, principalmente, os

seguintes objetivos: formação de pessoal em todos os níveis de ensino, incluindo a pós-graduação; elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento; e valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Os recursos financeiros do SUS serão originários principalmente do orçamento da seguridade social, com a finalidade de atender as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Outras fontes de recursos são: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e vendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Estes recursos financeiros, na esfera federal, serão administrados pelo Ministério da Saúde (MS), através do Fundo Nacional de Saúde, e para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimento na rede; e ressarcimento dos atendimentos a serviços prestados para outras esferas do governo (BRASIL, 1990).

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino poderão integrar-se ao SUS, mediante convênio, assim como, em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os Serviços de Saúde das Forças Armadas também poderão firmar convênio com o SUS (BRASIL, 1990).

3.2-O Sistema de Saúde da Marinha (SSM)

3.2.1-Estrutura

O SSM é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil, conforme a DGPM – 401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar (3ªREV), instituída pelo Decreto-Lei nº 92512, de 02 de abril de 1986 (BRASIL, 2012).

É composto de três subsistemas: Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa. O subsistema Assistencial, único a ser abordado no presente estudo devido a sua exclusividade na contratação de serviços médicos terceirizados, é o responsável pela prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) de forma regional, hierarquizada e integrada, com ações objetivas para prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde, com diretrizes idênticas às adotadas pelo SUS (BRASIL, 2012).

A política assistencial para o SSM, aprovada pela Portaria nº 429, de 08 de dezembro de 2009, do Gabinete do Comandante da Marinha (GCM), definiu três eixos de atenção à saúde para a MB:

– Prevenção e Promoção da Saúde: compreende as atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação; cujos Órgãos Técnicos de Execução (OTE) são todas as Organizações Militares Hospitalares (OMH), sob coordenação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM).

– Atenção Básica: compreende a assistência médica ambulatorial de baixa complexidade, prioritariamente nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, assistência odontológica básica (Dentística e Periodontia) e

assistência de enfermagem, sendo apoiado por setor de diagnóstico básico (exames laboratoriais simples, ultrassonografia geral, eletrocardiografia e radiologia); cujos OTE são os Hospitais Navais Distritais, Policlínicas Navais e Ambulatórios Navais, para a solução de problemas de baixa complexidade que incluem a reabilitação e a assistência domiciliar, exceto no Rio de Janeiro onde esta última é executada pelo HNMD.

– Atenção Especializada: compreende o tratamento especializado e a hospitalização, incluindo atividades de apoio e diagnóstico e terapêutico com uso de tecnologia mais avançada e pessoal especializado; subdivide-se em atenção especializada de média complexidade (desenvolvida pelo HNMD, Hospitais navais Distritais, Policlínicas Navais, Unidade Integrada de Saúde Mental - UISM e Odontoclínica Central da Marinha - OCM) e Atenção Especializada de Alta Complexidade (HNMD) (BRASIL, 2012).

3.2.2-Fontes de Recursos

O Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) constitui recurso vinculado que obedece a regra particular de concentração, programação, aplicação, movimentação, contabilização e apuração de resultados, cuja administração será exercida pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), a quem cabe gerenciar os recursos mediante a execução dos atos e fatos relacionados as atividades do FUSMA, assim como o controle e a fiscalização da arrecadação destes recursos, que serão aplicados exclusivamente nas Organizações Militares (OM) vinculadas, direta e indiretamente no atendimento aos usuários do SSM e do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha (SAIPM), para atender as despesas com o custeio e investimento relacionados com a execução de suas atividades e programas (BRASIL, 2012).

O FUSMA dispõe dos seguintes recursos financeiros para a prestação de AMH aos usuários do SSM:

– Dotações orçamentárias da Marinha, consignadas no orçamento da União – recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-

hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes, recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos; e outros recursos que visem a AMH.

– Receitas Extra-Orçamentárias: contribuições mensais para o FUSMA; indenizações de atos médicos, paramédicos e serviços afins; receitas provenientes da prestação de serviços médico-hospitalares por meio de convênio e/ou contratos; e receitas provenientes de outras fontes (BRASIL, 2012).

Portanto, os recursos financeiros específicos para o custeio da terceirização de serviços médicos, por meio de convênios ou contratos, são provenientes das Dotações Orçamentárias da Marinha, estando sujeitos aos contingenciamentos e cortes provocados pelas restrições orçamentárias da crise econômica que assola o país.

Os atos médicos que demandem custos com materiais diretamente envolvidos com os procedimentos, cujos valores estão relacionados no Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA), são indenizáveis em 20% pelos titulares e seus dependentes diretos (cônjuge e filhos) ou em 100% no caso de dependentes indiretos (BRASIL, 2012).

Este co-pagamento realizado pelos usuários é denominado de Indenização Médico-Hospitalar (IMH), com valores expressos em Unidades de Serviços Médicos (USM), em que o valor unitário equivale a 0,004 % do soldo de um Capitão de Mar e Guerra (CMG), de certa forma torna-se um estímulo para o uso consciente e adequado dos serviços de saúde.

Os usuários encaminhados às OSE para tratamento especializado, por motivos médicos que transcendam a capacidade e possibilidade de atendimento pelo SSM, indenizarão a prestação de AMH, previstas no CISSFA, dos valores cobrados ao SSM pelas OSE. Por outro lado, a assistência médica não relacionada no CISSFA, quando prestada com os recursos próprios da OTE, aos pacientes de ambulatório ou em regime de internação, não será

indenizada (BRASIL, 2012).

As despesas com indenizações inferiores a três por cento (3%) do soldo do militar, assistido ou responsável, ou do vencimento base do servidor civil, assim como do soldo ou cota parte do soldo no caso de pensionistas, serão pagos à vista. Quando os valores das indenizações estiverem acima do cálculo para pagamento à vista, as parcelas de descontos serão limitadas a três por cento (3%) do soldo/vencimento base. E toda vez que o desconto for parcelado, o valor da dívida deverá ser transformado em USM e atualizado pelo valor desta na data do pagamento (BRASIL, 2012).

Havendo mais de um desconto averbado para o mesmo responsável, eles serão liquidados, subseqüentemente, na ordem cronológica. Ocorrendo o falecimento do contribuinte, ficará extinta a dívida decorrente da AMH prestada a si e aos seus dependentes, até a data do seu óbito (BRASIL, 2012).

Dessa forma, verifica-se que o FUSMA muitas vezes não conseguirá arrecadar todas as indenizações de AMH efetivamente prestadas, em particular daqueles usuários mais idosos e que utilizem muito o SSM para si e/ou seus dependentes, visto que a cobrança desse ressarcimento está condicionada ao limite de parcelas mensais de no máximo 3% do soldo, cuja atualização monetária é indexada ao soldo do CMG, por um prazo ilimitado, ou melhor, limitado ao tempo de vida do contribuinte, e toda a dívida acumulada, decorrente da AMH prestada a si e a seus dependentes, até a data do seu falecimento não será mais cobrada.

3.2.3-Condições de Atendimento

O usuário do SSM deverá ser atendido na área de abrangência da OMH ou Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM) responsável pelo apoio à cidade na qual reside, exceto nos casos indicados pela própria OMH/OMFM ou de comprovada emergência (BRASIL, 2012).

Nas localidades onde não houver OTE, ou por motivos médicos que transcendam a

capacidade e a possibilidade de atendimento pelo SSM, a OMH ou a OMFM da área responsabilizar-se-á pelo encaminhamento do usuário para prestação da AMH, ressalvadas razões especiais, técnicas ou administrativas, e situações de emergência, devendo seguir à seguinte ordem de prioridade: Organização de Saúde de outra Força Armada ou Forças Auxiliares; Organizações de Saúde públicas (Federal, Estadual, Municipal); e Organizações de Saúde civis credenciadas, por OMH/OMFM, sendo que neste caso, de acordo com a disponibilidade, será permitida a livre escolha do OSE pelo usuário (BRASIL, 2012).

Os procedimentos médicos de alta complexidade solicitados pelos usuários e/ou respectivo médico assistente, que não possam ser efetuados pelo SSM nas OMH ou OSE credenciadas, deverão ser submetidos à apreciação do Conselho Técnico do HNMD e posterior ratificação pela DSM. Assim também o militar ou o seu dependente acidentado ou acometido de enfermidade que resultem lesões ou sequelas, julgados sem possibilidade de cura com recursos terapêuticos em órgãos de saúde no território nacional, e comprovada perspectiva de cura no exterior, poderá ser encaminhado para tratamento, mediante autorização do Comandante da Marinha, por indicação médica ou por requerimento do interessado (BRASIL, 2012).

Ou seja, o usuário do SSM, por necessidades e benefícios que extrapolem a capacidade técnica de atendimento do sistema, pode vir a utilizar de serviços médicos terceirizados da mais alta complexidade e portadores dos mais recentes avanços tecnológicos, no Brasil ou no exterior.

4- A TERCEIRIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

4.1-Legislação e Considerações Jurídicas

O Decreto-Lei nº 200/1967 inaugura a possibilidade de terceirização na Administração Pública Federal mediante a contratação da iniciativa privada para a realização de tarefas executivas, para as quais esteja devidamente desenvolvida e capacitada a executar, com o propósito de permitir à administração dedicar-se as tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle, e evitar o crescimento excessivo da estrutura administrativa (BRASIL, 1967).

Posteriormente foi regulamentado pelo Decreto nº 2.271/1997 que, na Administração Pública Federal, normaliza as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade podem ser objeto da execução indireta, porém as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade contratante não podem ser objeto de terceirização, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente (BRASIL, 1997). Da mesma forma, a Instrução Normativa nº 2/2008 da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, no seu art.9º, inciso II, diz que “é vedada a contratação de atividades que constituam a missão institucional do órgão ou entidade” (BRASIL, 2008).

A súmula nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) estabeleceu que as terceirizações que não formam vínculo de emprego com o tomador da contratação são as de serviços de vigilância, de conservação e limpeza, assim como as de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta. Passou a existir um consenso entre os doutrinadores do direito do trabalho em definir a terceirização como contratação, por determinada empresa, de serviços de terceiros para o desempenho de atividade-meio, pois a súmula nº 331 do TST só reconhece lícita a

terceirização de atividade-meio (DI PIETRO, 2011). Contudo, os conceitos de atividade-fim, para distinguir entre a terceirização legítima e a terceirização ilegítima, geram controvérsia (SUSSEKIND, 2004).

Segundo Di Pietro (2011) o que o Decreto nº 2.271/97 não admite é a contratação indireta de pessoal, com intermediação de empresa de prestação de serviços a terceiros, para o desempenho de atividades inerentes às categorias funcionais, dentro do órgão contratante, ou seja, é vedada a terceirização que objetiva o fornecimento de mão de obra para o desempenho de funções previstas aos servidores do quadro permanente do órgão contratante, nas dependências deste, pois neste caso há violação da exigência do concurso público, prevista no art.37, inciso II, da Constituição da República Federativa do Brasil-CRFB (BRASIL, 1988), que é o meio adequado para a Administração Pública selecionar mão de obra.

Dessa forma, o Decreto nº 2.271/1997 (BRASIL, 1997) não faz distinção entre atividade-fim e atividade-meio, e logo não impede a terceirização de serviços ligados à atividade-fim do órgão contratante, e sim veda a contratação de atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão, o que impossibilita até a execução indireta de atividade-meio que estiverem previstas pelo plano de cargos do órgão contratante, pois nesse caso deve prevalecer a exigência do concurso público, como o meio adequado de provimento de cargos e empregos públicos, conforme o art.37, inciso II, da Constituição Federal (LABANCA, 2008).

Outro aspecto importante sobre a terceirização na Administração Pública, de acordo com o entendimento firmado na súmula nº 331 do TST, são as características da relação de trabalho, quanto à subordinação e pessoalidade entre o órgão contratante e os trabalhadores da contratada (LABANCA, 2008). A terceirização é considerada válida quando inexistentes os elementos da relação empregatícia, especialmente a subordinação, ou seja, na terceirização lícita não pode haver a subordinação dos trabalhadores ao órgão contratante, contudo é

necessário distinguir a subordinação jurídica da subordinação técnica. A primeira implica no direito de dar ordens, de admitir, demitir, transferir e comandar o empregado enquanto a segunda permite orientações técnicas ao empregado de como deve ser executado o trabalho, passível de ocorrer com o tomador do serviço, principalmente quando nas instalações deste (DI PIETRO, 2011).

Na terceirização permitida, é essencial que o serviço seja executado sob o comando da contratada e não sob as ordens do órgão contratante, ou seja, sem subordinação jurídica entre o contratante e os trabalhadores da contratada (SUSSEKIND, 2004).

Quanto à pessoalidade, na terceirização lícita, que não representa mera intermediação de mão de obra, ao tomador de serviço é irrelevante a identidade do agente que desempenha a atividade, pois o que importa é o resultado material pactuado (RAMOS, 2001).

Portanto, a terceirização de serviços, para ser considerada legal, não deve gerar vínculos de subordinação e pessoalidade entre o terceirizado e servidores da Administração pública.

Face ao exposto, conclui-se que o Decreto N° 2.271/97 veda a terceirização, mediante contratação de serviços ou locação de mão de obra, para execução, nas dependências do órgão contratante, de atividade inerente a alguma de suas categorias funcionais, seja ela atividade-fim ou atividade-meio, ou ainda de atividade em que a pessoalidade e a subordinação jurídica entre o órgão contratante e o trabalhador seja impositiva.

4.2-A Terceirização no SUS

A CRFB estabeleceu a relevância pública dos serviços de saúde e determina que a sua execução deve ser feita diretamente pelo Estado ou por meio de terceiros, incluindo pessoas físicas ou jurídicas de direito privado (Art.197); e acrescenta, no seu artigo 199, que a participação das instituições privadas na prestação de serviços de saúde deve ocorrer de forma complementar ao SUS, mediante acordo de direito público (BRASIL, 1988).

Porém, a lei nº 8.080/90 condiciona, no âmbito do SUS, a contratação complementar de serviços de saúde junto à iniciativa privada à incapacidade dos órgãos de saúde do Estado para garantir a AMH à população de uma determinada área (BRASIL, 1990).

A participação complementar do setor privado a prestação de serviços de saúde significa que a instituição particular vai complementar as ações e serviços de saúde, mediante contrato ou convênio, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais (DI PIETRO, 2011).

Conclui-se que no SUS a regra é o Estado prestar diretamente a AMH, podendo terceirizar à iniciativa privada parte dos serviços de saúde, em determinada área, em que sua rede própria de saúde seja insuficiente para o atendimento. Esta participação complementar do setor privado no SUS, quando os serviços de saúde são executados com recursos próprios, instalações, materiais e profissionais de saúde do próprio particular, é inquestionável sob o aspecto jurídico-legal. Porém, como veremos a seguir, cada vez mais tem ocorrido a terceirização de serviços médicos nos hospitais públicos.

4.2.1-A Terceirização da Gestão de Unidades Hospitalares

Por intermédio da lei nº9.637/1998 o Poder Executivo poderá qualificar pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas a determinadas áreas, dentre as quais à saúde como organizações sociais (OS). Para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação de organização social deverão registrar no seu ato constitutivo como principais requisitos específicos: natureza social dos seus objetivos; obrigatoriedade de investimentos de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; previsão da entidade ter um conselho de administração e uma diretoria definidos no seu estatuto; previsão de participação de representantes do Poder Público e de membros da comunidade no órgão colegiado; obrigatoriedade de publicar anualmente relatórios financeiros e de execução do contrato de gestão; proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese; e previsão de incorporação de patrimônio dos recursos, bens e doações que lhe forem destinados. O Conselho de Administração deverá ser composto por membros natos do Poder Público, membros natos representantes de entidades da sociedade civil, membros eleitos dentre os associados no caso de associação civil e membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de reconhecida idoneidade moral e notória capacidade profissional (BRASIL, 1998).

A parceria entre a OS e o Poder Público representado pelo órgão ou entidade supervisora, será firmado por meio de um contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre as partes e discriminando as atribuições, responsabilidades e obrigações de cada parte. Na elaboração do contrato de gestão devem ser respeitados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade; esse também deverá especificar o programa de trabalho proposto pela OS, estipulando metas e critérios objetivos de realização de desempenho mediante indicadores de qualidade e produtividade, além de estipular os limites e critérios para a remuneração dos dirigentes e empregados da OS no exercício de suas

funções (BRASIL, 1998).

As OS são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos os efeitos legais, para as mesmas poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão, assim como a cessão especial de servidor às custas do Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro a lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009, regulamentada pelo Decreto Municipal nº30.780, de 02 de Junho de 2009, dispõe sobre a qualificação de OS, seguindo as diretrizes da lei federal nº 9.637/1998, estabelece no seu parágrafo 2º do Artigo 1º que as OS cujas atividades sejam dirigidas à saúde poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da sua entrada em vigor, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família(PSF) (RIO DE JANEIRO, 2009).

De acordo com o disposto nesta lei, em 2011, a Justiça deferiu uma ação impetrada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), visando à suspensão do processo licitatório para que as principais emergências da capital, como as dos hospitais Souza Aguiar e Lourenço Jorge, fossem geridas por OS. Na ocasião, o argumento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) era que a contratação das OS era a única alternativa para resolver a falta de recursos humanos, principalmente do corpo clínico, nos hospitais, tendo em vista os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que fixa os limites para gastos com pessoal para cada esfera de governo. Em tese, a contratação das OS foi uma estratégia para contornar a lei, visto que, numa interpretação equivocada da legislação, as mesmas poderiam receber, por meio da celebração de contrato de gestão, bens, equipamentos, recursos orçamentários e servidores públicos para prestarem serviços pelo SUS com um valor superior ao teto estabelecido pela legislação, o que não poderia ocorrer por meio da administração direta, deixando assim de investir no serviço público (CREMERJ, 2016a).

A Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, é a que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, dentre as quais, define limites percentuais da receita corrente líquida de cada ente da federação, que não podem ser excedidos pela despesa total com pessoal, conforme discriminado: União, 50% (cinquenta por cento); Estados, 60% (sessenta por cento); Municípios, 60% (sessenta por cento). A despesa total com o pessoal é apurada pela soma da realizada no mês em referência com as dos onze meses imediatamente anteriores, é definida como o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros do Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência. Os valores dos contratos de terceirização de mão de obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal” (BRASIL, 2000b).

Inicialmente, havia um entendimento dos gestores públicos no sentido de que o que é repassado a título de fomento nas parcerias com as OS não seria computado no limite de gastos de pessoal previsto na LRF, porém diversos Tribunais de Contas de Estados e Municípios têm o posicionamento contrário a essa interpretação. Contudo, a opção pela contratação de OS permite aos governantes uma maior flexibilidade para se ajustar às variações de receitas e, a longo prazo, propiciará um menor comprometimento da sua despesa total com pessoal por aposentadorias e pensões.

Atualmente, no Rio de Janeiro, cerca de cinquenta unidades do Estado e duzentas do Município, como Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, são gerenciadas por OS. Das dez OS que possuem contratos

com a Secretaria Municipal de Saúde, em oito há denúncias de superfaturamento e má qualidade nos serviços que constam em ações do Ministério Público Estadual e no Tribunal de Contas do Município. A ausência de fiscalização dos contratos firmados com as OS e falta de transparência no uso dos recursos públicos, propiciam a ocorrência de casos como na gestão da Organização Social BIOTECH, afastada das administrações do Hospital Pedro II e do Hospital de Acari, suspeita de fraudar mais de R\$ 48 milhões destinados a hospitais públicos do Rio (CREMERJ, 2016a).

Outro problema encontrado nas unidades administradas por OS é a falta de residência médica, cuja regulamentação exige o acompanhamento de um preceptor, atividades de ensino, além de critérios de avaliação pela Comissão Estadual de Residência Médica do Rio de Janeiro (CEREMERJ) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), provavelmente devido à alta rotatividade do corpo clínico, associada à falta de interesse destas instituições, devido aos gastos com a manutenção do programa (CREMERJ, 2016a).

Vale ressaltar que estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1990).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada pela lei nº 12.550/2011 com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com capital social integralmente sob a propriedade da União, vinculada ao Ministério da Educação e com prazo de duração indeterminado. A sua finalidade é a prestação gratuita de AMH à comunidade, inserida integral e exclusivamente no âmbito do SUS e conforme as orientações da Política Nacional de Saúde, assim como a prestação de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino aprendizagem e a formação de pessoas, no campo da saúde pública, para as instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres, observada a autonomia universitária. No atendimento de consumidores de planos privados de assistência

à saúde é assegurado à EBSEH o ressarcimento das despesas pelos valores de referência estabelecidos pela ANS (BRASIL, 2011).

Este ressarcimento à EBSEH está previsto no Art.32 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que estabelece que os serviços de atendimento à saúde prestados a consumidores e seus dependentes, previstos nos respectivos contratos, em instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS serão ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde, de acordo com normas a serem definidas pela ANS (BRASIL, 1998).

Embora exista a previsão legal das unidades do SUS serem reembolsadas pelos planos de saúde por ocasião do atendimento a seus usuários, a operacionalização desta cobrança ainda é muito complicada e a mesma ainda não vem ocorrendo de forma efetiva. Essa situação ocorria com mais frequência nas unidades de emergência, pois o Corpo de Bombeiros só removeriam acidentados para hospitais da rede pública, independente se a vítima possuía ou não plano de saúde; porém com a lei nº 7.402, de 18 de julho de 2016, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, as pessoas acidentadas que possuam plano de saúde poderão ser encaminhadas pelo Corpo de Bombeiros, aos hospitais particulares conveniados, desde que não comprometa a qualidade e a agilidade do primeiro atendimento, e caso seja possível a identificação imediata do hospital particular mais próximo a que o acidentado tenha direito. Quando a identificação do hospital privado for feita após a entrada do paciente em hospitais da rede pública, o paciente será transferido assim que seu quadro de saúde permitir e for autorizado pelo médico responsável (RIO DE JANEIRO, 2016).

Com tal medida, é necessário que a ANS regule uma rede referenciada de hospitais credenciados pelos planos de saúde para esse tipo de atendimento, visto que, até então, os hospitais privados não dispõem de uma equipe multidisciplinar de plantão apta a atender a casos mais graves de trauma. No SSM, o único hospital no RJ que atende a emergências é o

HNMD e há de se observar o impacto de nova lei em seu funcionamento, e a necessidade de um redimensionamento de equipe de plantão.

A EBSEERH prestará os serviços relacionados às suas competências mediante contrato, dispensada a licitação, com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres que estabelecerá, dentre outras questões: as obrigações dos signatários; as metas e indicadores de desempenho; a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, com critérios e parâmetros a serem aplicados; e a previsão de que a avaliação dos resultados obtidos será usada para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação da EBSEERH (BRASIL, 2011).

A EBSEERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e uma Diretoria Executiva, com o assessoramento de um conselho fiscal e um conselho consultivo, sendo o seu lucro líquido reinvestido para atendimento do objeto social, excetuadas as parcelas decorrentes das reservas legais e para contingência. O regime de pessoal permanente será o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), após a aprovação prévia em concurso público, de acordo com as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração, podendo a EBSEERH celebrar contratos temporários de emprego mediante processo seletivo simplificado, respeitando os prazos máximos legais (BRASIL, 2011).

As instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres, no âmbito e durante a vigência de um contrato, podem ceder à EBSEERH bens e direitos necessários à sua execução, assim como poderão ser a ela cedidos os servidores titulares de cargo efetivo para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas, ficando assegurado a eles os direitos e vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem (BRASIL, 2011).

No final de 2015, quando a crise financeira dos hospitais universitários se intensificou, o Hospital Universitário Antônio Pedro aderiu à EBSEERH, alegando que a mudança era necessária para garantir os investimentos e a abertura de concursos públicos para

a unidade, porém em fiscalização do CREMERJ, dia 01 de junho do ano corrente, constatou-se que os problemas de superlotação, falta de recursos humanos e de medicamentos e instalações inadequadas, continuam. O mesmo aconteceu no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, que também aderiu à EBSEH, e segundo seus funcionários, em reunião realizada no último dia 02 de junho, a empresa informou que a sua proposta é de que a unidade entre em equilíbrio nos próximos dois anos e que ocorram mudanças reais, como melhorias, só nos próximos cinco anos (CREMERJ, 2016b).

Pelo que podemos constatar, até então, a terceirização de toda a gestão das principais unidades hospitalares do Rio de Janeiro, para OS ou outras empresas com personalidade jurídica de direito privado, criadas para este fim, como a EBSEH, não vem obtendo os resultados esperados e prometidos pelos governantes em relação a uma melhor qualidade no atendimento do SUS à população. Segundo o conselheiro Sidnei Ferreira, do Conselho Federal de Medicina (CFM), enfatizou em sua palestra sobre terceirização do trabalho nos serviços de saúde, durante o 1º Fórum da Comissão Nacional Pró-SUS, formado pelo CFM e Associação Médica Brasileira (AMB), realizado nos dias 24 e 25 de maio deste ano, que o modelo de gestão das OS tem se mostrado ineficaz, pois segundo ele, se gasta muito mais terceirizando a administração, citando o exemplo de São Paulo, onde comparando-se treze hospitais geridos por OS e trinta e três pela administração direta, foram constatados os gastos de, respectivamente, R\$ 1,6 bilhão e R\$ 1,45 bilhão.

A terceirização de toda gestão de unidades hospitalares do SSM, com certeza, é algo impensável pelos decisores da MB, pois, mesmo que fosse economicamente muito mais vantajoso, seria inaceitável do ponto de vista estratégico, porque é fundamental que a Força mantenha o controle operacional dos seus hospitais a fim de garantir a eficácia da função logística saúde, principalmente em momentos de crise. Porém, é muito importante que seus gestores mantenham-se sempre atualizados nos assuntos relativos à terceirização, como forma

de aprimorar o modelo do SSM.

O Decreto-Lei nº 38.125, de 29 de novembro de 2013, cria a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro S/A - RIOSAÚDE e aprova seu estatuto. A RIOSAÚDE é uma empresa pública, constituída sob forma de sociedade anônima, de capital fechado, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, integrante da Administração Indireta do Município do Rio de Janeiro, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), à qual aplica-se toda legislação que rege as atividades da administração pública indireta, inclusive o controle externo exercido pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro com o auxílio do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, tendo prazo de duração indeterminado. A RIOSAÚDE tem por objetivo social, principalmente: executar e prestar serviços de saúde; gerir e prestar serviços de apoio à saúde, tais como de engenharia clínica, manutenção predial e sistemas informatizados; serviços de capacitação e treinamento na área de saúde em nível médio, graduação ou pós-graduação; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e incorporação de novas tecnologias; e celebrar contratos, convênios ou outros termos de parceria com vista à realização de suas atividades. Para o cumprimento dos seus objetivos sociais, a RIOSAÚDE poderá celebrar contratos de direito público ou convênios com o Município do Rio de Janeiro, inclusive no âmbito do SUS, podendo gerir as unidades de saúde vinculadas à SMS que lhe forem delegadas pelo Poder Executivo, observando suas diretrizes e supervisão administrativa e os princípios da Administração Pública (RIO DE JANEIRO, 2013).

Atualmente, a RIOSAÚDE administra quatro unidades de emergência no Município do Rio de Janeiro: Coordenação de Emergência Regional (CER) Barra da Tijuca, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Cidade de Deus, UPA Rocha Miranda e UPA Senador Camará. Recentemente, até 20 de junho de 2016, estava com processo seletivo para contratar cinquenta médicos de emergência para trabalhar em suas unidades, com contrato por tempo

determinado e pelo regime da CLT, oferecendo salário mensal de R\$3.434,94, para carga horária semanal de 12 horas, com possibilidade de cargas horárias maiores e pagamento proporcional (RIOSAUDE, 2016).

4.2.2-Contratação Temporária de Profissionais de Saúde

A Lei nº 8.745 de 09/12/93 permitiu aos órgãos da Administração Federal direta às autarquias e às fundações públicas efetuarem contratação de pessoal por tempo determinado para atender necessidades temporárias de excepcional interesse público, dentre as quais destacam-se as seguintes, no foco do presente trabalho: assistência a situações de calamidade pública, assistência a emergências em saúde pública e atividades finalísticas do Hospital das Forças Armadas. O prazo total dos contratos, incluindo as possibilidades previstas de prorrogação, não pode exceder dois anos e após este período novo contrato não pode ser firmado antes de decorridos vinte e quatro meses do encerramento do último contrato. A remuneração do pessoal contratado não poderá ser superior ao valor da remuneração constante dos planos de retribuição ou nos quadros de cargos e salários do serviço público, para servidores que desempenhem função semelhante ou, não existindo a semelhança, às condições do mercado de trabalho (BRASIL, 1993).

O Decreto-Lei nº 5.392 de 10 de março de 2005 declarou estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro, devido à deficiência das ações e serviços de saúde desta cidade, com notório prejuízo do atendimento na rede hospitalar e demais unidades do serviço de saúde, e com grave risco à preservação da vida humana. Tal medida decretou que no período em que perdurar o estado de calamidade, o MS poderá providenciar a contratação temporária de pessoal em caráter excepcional, com vista a suprir as necessidades do Hospital da Lagoa, Hospital Municipal do Andaraí, Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Miguel Couto (BRASIL, 2005).

Passados cerca de onze anos da publicação do decreto nº 5.392, perdura o estado de calamidade no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro, visto que o MS continua a contratar profissionais de saúde por tempo determinado. A Portaria Interministerial nº 5, de 05 de janeiro de 2016, do MPOG, autoriza o MS a contratar 693 médicos para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, devendo definir a remuneração dos profissionais a serem contratados em valor não superior ao da remuneração constante dos planos de redistribuição ou nos quadros de cargos e salários do serviço público, o que, no caso dos médicos, corresponderia a um salário mensal de aproximadamente R\$ 5.815,00 com carga horária semanal de 24 horas (BRASIL, 2016).

Tal situação, reflete a ineficácia do Poder Público em estabelecer uma política de pessoal para a saúde, assumindo a sua total incompetência em reverter o estado de calamidade do setor hospitalar do SUS no Rio de Janeiro, há mais de uma década.

De forma similar ao Governo Federal, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro também realiza contratação de pessoal por tempo determinado, para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público, de acordo com a Lei nº 1.978, 26 de maio de 1993, regulamentada pelo Decreto Nº12.577, de 20 de dezembro de 1993, que estabeleceu que o pedido de autorização para este tipo de contratação será formulado por meio de processo administrativo próprio, instruído com os seguintes elementos: necessidade de serviço a ser atendida; a excepcionalidade do interesse público capaz de justificar a contratação; a duração pretendida para os contratos, forma justificada, nunca superior a seis meses; a relação nominal dos candidatos à contratação, indicando-se função a ser exercida e respectiva remuneração; a previsão total com a despesa com a contratação; as razões pelas quais se entende não ser possível o atendimento pela contratação administrativa com terceiros, ou remanejamento de pessoal e inexistência de servidores em disponibilidade e de candidatos aprovados em concurso público para o exercício da função (RIO DE JANEIRO, 1993).

Um recente processo seletivo, destinado à contratação de médicos por tempo determinado para a SMS, ocorreu pelo edital nº131/2015, publicado em 14 de outubro de 2015, que oferecia quatorze vagas para médicos, com jornada de trabalho de 24hs semanais, pela remuneração total de R\$ 7.282,29, para médicos especialistas em Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia e Radiologia, e R\$ 6.256,32 para médicos de outras especialidades (RIO DE JANEIRO, 2015).

Vale ressaltar, que o SSM não dispõe de nenhum mecanismo legal que respalde a contratação temporária de pessoal em caráter excepcional, pois a Lei nº 8.745 só ampara o HFA, nem tão pouco tem vinculada a si uma instituição com personalidade jurídica de direito privado, tais como a EBESERH e a RIO SAÚDE, que lhe permita efetuar a contratação direta de pessoal, visto que esta tende a ser bem mais econômica. Em pesquisa realizada junto às OS, que não visam lucro, atuantes em unidades hospitalares do Rio de Janeiro, o salário pago ao médico, com carga horária de 24hs semanais, varia de R\$ 9.327,00 a R\$ 10.976,00, ou seja, o pior salário pago pela OS é cerca de 28% superior ao melhor salário da contratação direta. Então, a contratação de pessoas jurídicas que intermediam mão de obra, em cujas planilhas de custos constam uma parcela de lucro, deverá ser ainda mais onerosa.

4.3-A Terceirização de Serviços Médicos no SSM

O Decreto Nº 92.512/86, de forma semelhante ao SUS, admite a possibilidade SSM contar com a participação de particulares na AMH aos seus usuários, mediante acordos de direito público. Como regra, a contratação de OSE para a prestação de AMH está autorizada nas localidades em que não houver organização de saúde da própria Força Armada, ou ainda em situações de emergência ou por motivos médico-hospitalares que transcendam a capacidade de atendimento pelo respectivo sistema de saúde (BRASIL, 1986).

As Forças Armadas possuem uma situação muito peculiar que as diferenciam do meio civil, pois há uma limitação imposta por Decreto no quantitativo dos seus quadros de

oficiais e de praças, não havendo como se fazer um acréscimo de oficiais médicos, em detrimento da atividade-fim de cada Força, a ponto de possuírem tantos médicos quanto se fizerem necessários para a prestação de AMH dos usuários dos seus Fundos de Saúde. Por essa razão existe a previsão legal de atendimento complementar à saúde dos militares, seus dependentes e pensionistas de cada Força (ROCHA, 2008).

Conclui-se que o quantitativo de oficiais médicos do Corpo de Saúde da Marinha (CSM) guarda uma proporcionalidade com o efetivo total da Força, pois a sua tarefa primordial é atender ao militar da ativa, principalmente em missões operativas, onde inserido na função logística saúde, será a única opção disponível. Para atender a todos os seus usuários (inativos, dependentes e pensionistas) o SSM deverá, obrigatoriamente, dispor de médicos civis, pertencentes ao funcionalismo público federal ou terceirizados, a fim de prestar a AMH prevista em lei. Num cenário em que seja proibido preencher os cargos públicos de médicos civis, seja pelas vacâncias de aposentadorias e exonerações, ou pela necessidade de mais profissionais para atender a uma demanda crescente por serviços médicos, a única alternativa será a terceirização.

O Sistema de credenciamento de OSE tem sido a estratégia mais utilizada na complementação da AMH aos usuários do SSM, em virtude da desburocratização, viabilidade econômica, legalidade e flexibilidade proporcionada.

Os valores estipulados pelo SSM para a remuneração dos serviços médicos contratados de OSE são os previstos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que são os utilizados como referência do mercado, havendo uma homogeneidade de preços praticados, cujas as composições sofrem mais a influência restritiva dos tomadores de serviços, representados pelos operadores de planos e seguros de saúde, do que atendem às reivindicações por reajustes dos prestadores de serviços. Desse modo, não há uma margem de competitividade que justifique um processo licitatório,

visando obter contratos mais vantajosos do ponto de vista financeiro. Além disso, o sistema de credenciamento, onde se deseja a contratação de todos que atendem as condições do edital de chamamento, possibilita uma ampliação da rede de atendimento para cada vez mais próximo à residência do usuário, que exerce um papel fundamental na fiscalização e no controle dos serviços prestados, seja quando fornece informações sobre a qualidade dos mesmos aos serviços de ouvidoria do SSM, por meio de elogios, reclamações ou pesquisas de opinião, ou ainda quando, simplesmente, exerce o seu poder de livre escolha, podendo escolher, entre todos os credenciados, aquele que à sua percepção oferece o melhor atendimento.

Embora o sistema de credenciamento não estimule a competitividade entre os prestadores de serviços médicos, para que ofereçam os menores custos, ele os incentiva a uma busca pela melhoria contínua da qualidade dos serviços terceirizados, a fim de conquistar a preferência dos usuários.

O credenciamento também propicia uma grande flexibilidade na gestão da AMH do SSM, pois, quando há recursos, pode-se diminuir o aprazamento de consultas, exames ou cirurgias, aumentando-se os encaminhamentos para atendimento em OSE ou, havendo restrições orçamentárias, restringi-los aos casos de emergência, sem que seja necessária a repactuação de contratos e sem gerar o aumento de custos fixos de quando opta-se pelo aumento da rede própria de atendimento.

4.3.1-Credenciamento de OSE

Credenciamento é o sistema de contratação direta baseado na inexigibilidade de licitação, estabelecida pelo Art.25 da Lei nº 8.666/93, que não limita a interpretação da inviabilidade de competição, podendo esta ser configurada pela existência de fornecedor exclusivo ou pela contratação de todos os interessados, vez que igualmente não haverá competição. Embora não haja regramento específico para o credenciamento, exceto em alguns Estados que inseriram tal mecanismo em suas leis de licitações, referida prática é usual e

perfeitamente aceita pela jurisprudência, pelas orientações dos Tribunais de Contas e pela escassa doutrina que aborda o tema. Os princípios que orientam o procedimento licitatório devem ser igualmente observados pelo sistema de credenciamento com ênfase nos seguintes requisitos: o dever de dar a devida publicidade ao ato do credenciamento, pois caso haja algum interessado que não foi credenciado porque não tinha ciência do ato, não houve a contratação de todos, fato este que descaracterizaria a inexigibilidade em decorrência da inexistência da inviabilidade de competição; o período do credenciamento não pode ser encerrado enquanto a administração mantiver interesse na contratação do serviço, podendo o interessado se credenciar a qualquer tempo; e a obrigatoriedade de credenciar todos os interessados que atendem as condições do chamamento (GUIMARÃES, 2011). Portanto, há entendimento como formalmente legal a figura do credenciamento com fundamento na inexigibilidade de licitação, frente à inviabilidade de competição para a contratação de todos os interessados que preenchem as condições do chamamento.

O credenciamento pode ser extremamente viável em algumas contratações, visto que ter-se-á uma desburocratização na administração pública com a diminuição no quantitativo dos procedimentos licitatórios, além de ser prática viável economicamente ao erário, pois o valor a ser pago pela prestação do serviço já está previamente estabelecido pelo próprio poder público (GUIMARÃES, 2011).

A MB poderá firmar acordos administrativos com OSE visando complementar os serviços da rede ambulatorial e hospitalar do SSM, via de regra, sob a forma de credenciamento, cujo processo é encaminhado para a DSM, via cadeia hierárquica, para apreciação e análise técnico-financeira e posterior envio para o Núcleo de Assessoramento Jurídico da Advocacia-Geral da União (NAJ/AGU) para apreciação jurídica. Uma vez estabelecido o credenciamento, a OMH/OMFM credenciadora deve manter cópias atualizadas dos Certificados de Registro Cadastral (CRC) a fim de evitar encaminhamentos indevidos,

assim como endereços, horários e especialidades dos credenciados, sem interferir na escolha do usuário (BRASIL, 2012).

Analisando a execução indireta da AMH aos usuários do SSM, mediante contratação de OSE, verifica-se que é uma terceirização plenamente lícita, posto que não compreende o fornecimento de mão de obra, mas apenas a prestação de serviço especializado pelo contratado, nas suas instalações físicas, prestados por profissionais selecionados e contratados por ele, sob o seu comando e, portanto, sem qualquer subordinação e pessoalidade com a OMH.

4.3.2-Contratação de Serviços Médicos para o HNMD.

Neste tópico abordaremos, por meio de pesquisa e estudo de todos os contratos em vigor, a terceirização dos serviços médicos prestados nas instalações do HNMD.

Verifica-se que, em todos os serviços contratados, foi utilizado o sistema de credenciamento por chamamento público para inscrição em registro cadastral, sendo que podemos dividir os contratos em duas formas de remuneração, uma baseada na carga horária trabalhada pelo pessoal terceirizado e a outra de acordo com a classificação e a quantidade dos procedimentos realizados por estes profissionais, de maneira similar à que ocorre no credenciamento externo.

A necessidade da contratação de mão de obra especializada para complementar a equipe médica, de alguns setores do HNMD, justificou-se pela situação caótica em que os mesmos se encontravam, principalmente após a Portaria nº 39, de 25 de março de 2011, do MPOG, que suspendeu por tempo indeterminado os efeitos das portarias de autorização para realização de concursos públicos e de autorização para provimento em cargos públicos no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e funcional. Sendo assim, não é possível a realização de concurso público para a contratação de médicos civis, com vistas a suprir a carência de pessoal verificada no HNMD. Os concursos para o CSM não têm sido

suficientes para completar o quadro de médicos necessários à instituição, por falta de pessoal qualificado e salário não atrativo.

A falta de médicos militares e civis concursados estava provocando sobrecarga de trabalho e desgaste psicofísico dos profissionais que atuam no HNMD, acarretando prejuízo no atendimento à família naval, pelo não suprimento adequado das demandas. Destaca-se que a falta de profissionais qualificados, poderia acarretar falhas no atendimento e na condução do tratamento médico, perda de qualificação técnica, pela impossibilidade de atualização médica, participação em educação médica continuada e em congressos. Ademais, as consequências do quadro médico deficitário poderiam ser drásticas, privando desde o prejuízo ao atendimento médico prestado, incluindo a morte de pacientes ou sequelas irrecuperáveis, bem como questionamentos administrativos e judiciais.

Diante da situação exposta, a Administração Naval decidiu pela complementação da equipe médica, por meio de credenciamento de pessoa jurídica para o fornecimento de mão de obra especializada, em caráter emergencial para os seguintes setores mais críticos do HNMD: Unidade de Terapia Intensiva Infantil, Unidade Coronariana, Serviço de Emergência, e Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Os quatro processos de credenciamento tramitaram pela Consultoria-Jurídica da União do Estado do Rio de Janeiro (CJU-RJ), órgão subordinado à Controladoria-Geral da União da Advocacia-Geral da União (CGU-AGU), e embora essas terceirizações possam ser questionáveis frente à legislação vigente, já exposta neste trabalho, o que não ocorre no credenciamento de OSE, as mesmas ganham respaldo nos princípios da eficiência e da vantajosidade, que devem nortear a gestão do serviço público. Pelo princípio da eficiência a MB deve oferecer AMH de forma eficiente aos seus usuários, conforme o artigo 37 da CRFB. Economicamente, é vantajoso o credenciamento de uma equipe de médicos para complementar o efetivo do HNMD, em oposição ao credenciamento de uma OSE para

atendimento ao usuário fora do HNMD, pois neste caso, além do custo dos profissionais médicos, haveria o custo dos outros profissionais de saúde, da infraestrutura, dos exames complementares, da medicação, do leito hospitalar e do lucro proporcional da empresa prestadora. Além dos benefícios diretos à AMH, o credenciamento também é muito importante na formação dos médicos residentes e aperfeiçoando do HNMD, por meio da transmissão de conhecimento técnico-profissional, que alavanca a produção científica.

Vale ressaltar, que a terceirização de serviços médicos no HNMD busca tão somente a qualidade da AMH prestada, provendo o hospital de um número de médicos suficientes para composição de suas equipes. Esse fato pode ser comprovado no Termo de Credenciamento da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, único que também contempla a contratação de profissionais de saúde não médicos (enfermeiros e fisioterapeutas), pois esses estão sendo gradativamente substituídos por oficiais do CSM ou do Serviço Militar Voluntário (SMV) à medida que a MB consegue incorporar pessoal qualificado. Caso houvesse uma estratégia de terceirização para diminuição de custos, como na iniciativa privada, a lógica seria utilizar a mão de obra terceirizada para todos os profissionais de saúde, exceto o médico, cujos salários são bem menores no setor privado em relação à carreira militar, mas a opção da MB é a de dispor dos melhores candidatos nos seus processos seletivos para o Quadro de Apoio à Saúde.

Embora a MB tenha uma grande experiência no credenciamento de OSE para complementação da AMH, o mesmo não ocorre na contratação de serviços médicos para as suas OMH. Como vimos, o fundamento do credenciamento é da inexigibilidade de licitação, frente a inviabilidade de competição, para a contratação de todas os interessados que preenchem as condições do chamamento. Contudo, na contratação de mão de obra especializada para atuar na OMH, nem sempre será possível contratar a todos, visto que há um número limitado de vagas a serem preenchidas e caso haja o interesse de muitos, não haverá

vagas para todos. Além disso, enquanto os serviços médicos classificados na CBHPM têm honorários médicos muito poucos flexíveis na prática do mercado, a remuneração da hora de trabalho do médico é muito variável, havendo uma grande oscilação de salários. Portanto, para contratação de mão de obra médica a melhor opção seria o processo licitatório, cujo estímulo competitivo pode proporcionar economia de custos surpreendentes, e não havendo a obrigatoriedade de contratar a todos, o que pode inviabilizar o processo.

Os outros dois processos de credenciamento existentes no HNMD são para a realização de cirurgias cardíacas e para realização de cirurgias oftalmológicas, sendo que a remuneração do profissional é feita de acordo com a classificação e quantidade dos procedimentos realizados. Nesses casos, mesmo sendo os valores dos procedimentos bem referenciados no CBHPM, há uma margem maior para concorrência de preços por intermédio de um processo licitatório, pois dependendo do número de procedimentos a serem realizados pelo mesmo profissional e em um mesmo dia, pode haver uma certa economia de escala. Também, uma grande quantidade de interessados ao credenciamento pode inviabilizar a sua operacionalidade, pois é inadequado para o hospital administrar um grande rodízio de médicos na prestação de um mesmo serviço.

5-ANÁLISE DA POLÍTICA DO GOVERNO FEDERAL PARA A SAÚDE PÚBLICA

O fato mais recente e relevante da política do Governo Federal para enfrentar o problema histórico da falta de médicos no SUS foi a criação do Programa Mais Médicos, por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 08 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871, que tramitou e foi aprovada na Câmara e Senado Federais, sua finalidade é formar recursos humanos da área médica para o SUS com os seguintes objetivos: reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, diminuindo a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica, aumentando a experiência de prática médica durante a graduação em medicina; inserir o médico em formação nas unidades do SUS, para conhecimento da realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente, com a supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos por meio de instituições de ensino superior; promover troca de conhecimentos e experiências entre médicos formados no Brasil e em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. Para a consecução desses objetivos serão adotadas as seguintes ações: reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante e melhores condições de infra-estrutura de saúde para o ensino; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013).

Na graduação médica, ao menos trinta por cento da carga horária do internato, com duração mínima de dois anos, será desenvolvida na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS. Os programas de residência médica ofertarão, anualmente, vagas

equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior, sendo esta regra uma meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018, divididas nas seguintes modalidades:

- Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC);

- Programa de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia; e Radioterapia.

O PRMGFC terá duração mínima de dois anos, sendo que o seu primeiro ano será obrigatório para ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: Medicina Interna (Clínica Médica); Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; e Medicina Preventiva e Social. Para os Programas de Residência das demais especialidades médicas, excetuando-se as de acesso direto, será necessária a realização de 1(um) a 2(dois) anos do PRMGFC conforme disciplinado pela CNRM. Este pré-requisito de cursar o PRMGFC para acesso a alguns programas de residência médica apenas será exigido quando for alcançada a meta do número de vagas, em dezembro de 2018. Os PRMGFC deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2013).

Os cursos de graduação em medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto na Lei nº 12.871, nos prazos e na forma definidos em resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE), aprovada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que também realizará o ato da regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas e residência médica, ouvidos o CNRM e o MS (BRASIL, 2013).

Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para

assegurar a pactuação de Contratos Organizativos das ações públicas ensino-saúde, firmados entre as instituições de educação superior, responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e dos programas de residência médica, e os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação de oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade na área da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

No âmbito do Programa Mais Médicos, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), do qual poderão participar médicos com registro profissional no CRM, inclusive os aposentados (médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país), e médicos intercambistas (médicos com habilitação para exercício da medicina no exterior, sejam brasileiros ou estrangeiros).

A prioridade na seleção e ocupação das vagas ofertadas pelo PMMB observará a seguinte ordem: médicos com registro profissional no CRM, médicos intercambistas brasileiros e médicos intercambistas estrangeiros. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço, cuja aprovação será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do PMMB e à aptidão nas avaliações periódicas (BRASIL, 2013).

Além do médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado, integram o PMMB: o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante; e o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica. A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria

acadêmica. Os médicos integrantes do PMMB poderão perceber bolsas nas modalidades bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria, cujos valores e condições de pagamento serão definidos em ato conjunto do MEC e MS (BRASIL, 2013).

O médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do PMMB, dispensada, para tal fim, nos três primeiros anos de participação, a revalidação do seu diploma no Brasil. O MS emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do PMMB e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da medicina no âmbito do projeto, cuja coordenação comunicará ao CRM, que jurisdiciona na sua área de atuação, a relação de médicos intercambistas participante do PMMB e os respectivos números de registro único, que estarão sujeitos à fiscalização do Conselho (BRASIL, 2013).

As atividades desempenhadas no âmbito do PMMB não criam vínculo empregatício de qualquer natureza, enquadrando-se o médico participante como segurado obrigatório do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual. São excluídos dessa obrigatoriedade os médicos intercambistas selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica, ou filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com o Brasil. O quantitativo de médicos estrangeiros no PMMB não poderá exceder o patamar máximo de dez por cento de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRM (BRASIL, 2013).

Para a execução das ações previstas na lei que institui o Programa Mais Médicos, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas,

inclusive com transferência de recursos (BRASIL, 2013).

Analisando o PMM podemos destacar três importantes aspectos:

- Mudança de paradigma na formação médica brasileira, valorizando a capacitação do médico na Atenção Básica à Saúde, indo de encontro a uma tendência de especialização cada vez maior e mais precoce, pois além de estipular uma carga horária mínima na atenção básica no SUS durante o curso de graduação, cria o PRMGFC e o estabelece como pré-requisito para a maioria dos demais programas de residência médica.
- Propósito de aumentar o número de médicos formados por ano no Brasil, incentivando a criação de novas instituições de ensino superior de medicina, principalmente privadas e também do número de médicos especialistas, ao ofertar, até dezembro de 2018, número de vagas nos programas de residência médica igual ao número de egressos dos cursos de graduação de Medicina do ano anterior.
- Relações precárias de trabalho para todos os médicos integrantes do PMMB, inclusive o médico supervisor e o médico tutor acadêmico, pois as atividades desempenhadas no âmbito do Projeto não criam vínculo empregatício de qualquer natureza, e as respectivas remunerações apenas poderão ocorrer por meio de bolsas, nas modalidades bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria. Dentre as diversas polêmicas despertadas pelo PMMB, com certeza a mais contundente foi a de permitir que parcela dos médicos participantes, que obtiveram habilitação para o exercício da Medicina no exterior, exerçam a profissão sem revalidar o seu diploma no Brasil, criando uma situação inusitada de afronta ao direito do cidadão brasileiro de ter acesso a um atendimento médico de comprovada qualidade.

Embora elucidar as possíveis vantagens e desvantagens do PMM não seja o escopo deste trabalho, até porque trata-se de assunto complexo que deve inspirar inúmeros trabalhos

acadêmicos futuros, é importante a sua análise global como política de pessoal do Governo Federal para o médico do SUS e seus reflexos para o SSM. Nesse contexto, há de se observar se a valorização da Atenção Básica à Saúde se confirmará como importante instrumento de política pública de prevenção e promoção da saúde, diminuindo a necessidade crescente por atendimento complexo aos seus agravos, que requer avançadas e onerosas tecnologias, ou trata-se apenas de um projeto demagógico de governo que amplia o acesso da população a um médico em processo de aprendizado, sem vínculo empregatício com o SUS e, em alguns casos, sem o registro profissional no CRM. Em oposição a esta segunda alternativa a classe médica tem defendido a criação de uma Carreira de Médico de Estado para o SUS, como veremos adiante.

A principal consequência do PMM será a formação de um número cada vez maior de médicos com residência médica no Brasil, cujo objetivo primordial, além de permitir o maior acesso da população ao atendimento médico, é o de que o mesmo seja a um custo bem menor para o governo, ou seja, vale a regra básica de que se uma profissão está sendo mais bem remunerada em relação as outras, a tendência é que mais pessoas queiram fazer esta atividade buscando melhores ganhos, e à medida que isso vá ocorrendo, com mais médicos no mercado, a remuneração do médico diminua. O problema é que esta estratégia exige um planejamento cuidadoso, pois o aumento indiscriminado do número de vagas de graduação em medicina, sem a preocupação com a qualidade de ensino oferecida e a capacidade intelectual dos alunos selecionados, associando ao uso de unidades do SUS com infraestrutura e recursos humanos precários para a prática do ensino médico, proporcionará o surgimento de uma nova espécie de médico brasileiro, desqualificado ou “de segunda classe”, para o atendimento da população mais pobre.

Diante do desprestígio do médico que presta serviços para o SUS, com baixos salários, pouco ou nenhum estímulo à especialização, péssimas condições de trabalho, e

suscetibilidade aos desmandos dos governantes locais, há um desinteresse do mesmo em optar pelo ingresso no serviço público por meio de concurso, justificando a elaboração da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº454/09 que busca a valorização do médico, inserindo-o na categoria de Carreira de Estado. Esta PEC estabelece que no serviço público federal, estadual e municipal a medicina é privativa dos membros da carreira única de médico de Estado, organizada e mantida pela União, observados como principais diretrizes: será exercida por ocupantes de cargos efetivos, cujo ingresso na carreira dar-se-á mediante a concurso público; regime de dedicação exclusiva, não podendo exercer outro cargo ou função pública, exceto uma de magistério, conforme previsto na Constituição; a ascensão funcional far-se-á alternadamente pelos critérios de merecimento e antiguidade, considerando-se para a aferição de merecimento, quesitos que considerem o aperfeiçoamento profissional, conforme normas estabelecidas pela AMB e pelo CFM; critérios objetivos, estabelecidos em lei, de lotação e remoção segundo a necessidade do serviço e considerando, para a elaboração dos requisitos de remoção, a pontuação por lotação em localidades remotas ou de difícil ou perigoso acesso; os médicos estaduais e municipais concursados pelas regras anteriores à promulgação desta PEC constituirão carreira em extinção; os médicos federais concursados pelas regras anteriores à promulgação desta PEC, também constituirão carreira em extinção, porém a estes será ressalvado o direito de migração para a carreira de Médico de Estado; e a remuneração da carreira do Médico de Estado valorizará o tempo de serviço e os níveis de qualificação na área médica e terá seu piso nacional fixado por lei (BRASIL, 2009).

A PEC 454/09 propõe ainda a fixação, por meio de lei específica, da remuneração inicial da carreira de Médico de Estado em R\$15.187,00(quinze mil, cento e oitenta e sete reais), reajustado anualmente, de modo a preservar o seu poder aquisitivo.

A discussão da PEC 454/09 voltou à tona após a execução do PMM, trazida pelas entidades representativas dos médicos brasileiros, que a defendem como a verdadeira solução

para o problema da falta de médicos no SUS, em oposição à política atual do Governo Federal, que proíbe realização de concursos públicos para médicos, numa estratégia de extinção do quadro de médicos do funcionalismo federal, provavelmente para evitar o comprometimento da meta de gastos com pessoal, estabelecida pela lei de responsabilidade fiscal, com as despesas de futuras aposentadorias, sem estabelecer uma solução definitiva e respaldada em lei para uma nova relação de trabalho entre o médico e a Administração Pública Federal. Vale lembrar que o MS contrata médicos em caráter temporário desde 2005, para atender a uma necessidade temporária de excepcional interesse público, após a declaração de estado de calamidade no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro. Da mesma forma nenhum médico participante do PMMB possui vínculo empregatício com o Estado, nem sequer os médicos supervisor e tutor acadêmico, profissionais fundamentais para que esse projeto de ensino tenha alguma chance de perdurar. Portanto, é fundamental que seja definida uma nova política de pessoal para o médico do SUS, ou pela reorganização da carreira do médico federal, sendo ou não uma carreira de Estado, e a realização de concurso público para atender as necessidades do SUS e demais Órgãos Públicos da Federação; ou pela aprovação de uma lei específica que defina a possibilidade da terceirização da mão de obra médica no Serviço Público e estabeleça suas regras de funcionamento.

Com certeza, no cenário político-econômico atual do Brasil, a aprovação da Carreira de Médico de Estado é muito improvável, porém é uma proposta que serve como ponto de partida de uma profunda discussão, de toda a sociedade, sobre o destino do SUS. Nesse modelo híbrido do sistema de saúde no Brasil, que atualmente caminha fortemente para a terceirização da gestão de unidades hospitalares do SUS, e sem conseguir imaginar a viabilidade de uma privatização radical de todo setor, mesmo que se consiga aprovar uma necessária emenda constitucional, provavelmente a solução a ser encontrada esteja no meio termo entre a aprovação de legislação específica que permita e regule a terceirização no

Serviço Médico Público, seja da gestão de unidades hospitalares do SUS ou da mão de obra médica, e a criação da carreira de Médico de Estado para situações específicas, tais como a dos médicos gestores do SUS e dos médicos supervisores e tutores acadêmicos do PMMB.

Não podemos esquecer que o médico militar possui uma carreira de Estado, de forma geral muito similar à proposta para o médico civil, embora com muitas outras exigências específicas da caserna, e a mesma é decisiva na opção dos médicos que permanecem na carreira naval, mesmo que recebendo uma remuneração inferior à praticada no mercado de trabalho.

A política do Governo Federal mais específica para o SSM é a de incrementar a cooperação na área de atendimento hospitalar entre as Forças Armadas, conforme diretriz aprovada pela Portaria Normativa nº 1.065 do Ministério da Defesa (MD) de 20 de junho de 2010, cujos respectivos trabalhos ficaram sob coordenação do Comando do Exército, devendo abordar os seguintes tópicos: estudo das ações redundantes de instalação e adequação de OMS de duas ou mais Forças Singulares, verificando a possibilidade ou não de instalações conjuntas; propor a compatibilização das legislações de AMH das Forças Armadas; identificar e apresentar as necessidades de investimento para redução do hiato tecnológico e estrutural das OMS e na carência de recursos humanos especializados, que são as principais causas de encaminhamento para OSE; propor um redimensionamento do pessoal militar e civil, assim como dos materiais e equipamentos das OMS que atuarão na cooperação mútua e integrada; estudar a viabilidade de integrar todo cadastro dos beneficiários da AMH das Forças Armadas às OMS, de forma a flexibilizar o atendimento quando este se fizer necessário; propor uma padronização da regulamentação do atendimento à saúde e cadastro dos beneficiários não contribuintes dos Fundos de Saúde das Forças Armadas; apresentar uma proposta de padronização e normatização da cobrança de indenizações devidas, provenientes dos atendimentos realizados; propor uma padronização de honorários e indenizações,

procedimentos e materiais na atual tabela do MD; elaborar um plano de referência e contra referência entre as Forças Singulares na área de saúde, dentro das disponibilidades de oferta de atendimento de cada uma, nas guarnições em que ocorrer apoio mútuo; propor a criação de novos centros de excelência médica em guarnições em que haja deficiência nesta categoria de OMS, que sejam comuns às três Forças Singulares, priorizando-se as áreas de média e alta complexidade e diagnóstico por imagem; propor a implementação da telerradiologia de forma integrada para as Forças Armadas, dentro das disponibilidades de oferta de atendimento das Forças, nas guarnições em que ocorrer o apoio mútuo, com a finalidade de atender à demanda crescente de encaminhamento em imaginologia; centralizar na Força Aérea o apoio de evacuação aeromédica, inclusive Unidade de Terapia Intensiva (UTI), inicialmente para a Região Amazônica, estendendo-se, posteriormente, para outras regiões; e coordenar a programação das Operações de Ação Cívico-social (ACISO), realizadas pelas Forças Armadas em todo o território nacional, de forma a proporcionar uma melhor distribuição de atendimento, além de minimizar o dispêndio de recursos públicos (BRASIL, 2010).

Ocorrendo uma total integração dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, ou ao menos, como proposto inicialmente, uma efetiva cooperação entre os mesmos, que permita a integração estratégica e a racionalidade administrativa, de modo que a necessidade de encaminhamento externo para AMH de uma Força Singular possa ocorrer, prioritariamente, para uma OMH de outra Força Singular, como previsto na legislação específica, será possível uma grande economia de recursos orçamentários com a terceirização de serviços médicos para Organizações Cívicas de Saúde.

6-ANÁLISE DA GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO MÉDICO NO SSM

A força de trabalho médico do SSM é composta por médicos militares e por médicos civis, sendo esses também essenciais para a prestação da AMH aos seus usuários, pois pelos motivos que já foram expostos, seria impossível a incorporação de médicos militares em número suficiente para o cumprimento dessa missão de forma eficaz.

Analisando a força de trabalho formada pelo médico civil, pode-se identificar os mesmos problemas que ocorrem no SUS, no que diz respeito à depreciação dos salários que afastaram o médico paulatinamente do Serviço Público, até culminar com a proibição da efetivação de médicos federais por meio de concurso público, condenando a respectiva carreira, de forma velada, à extinção. Sem a possibilidade de incorporar médicos civis de carreira ao SSM, buscaram-se outras formas alternativas de contratação, como por exemplo o das Cooperativas Médicas, no início deste século e até que fossem consideradas como terceirização ilegal. Atualmente, a falta de médicos civis de carreira na MB implica no aumento do número de encaminhamentos de usuários para OSE, e na terceirização da mão de obra médica em setores vitais do HNMD, cuja legalidade, embora questionável, encontra respaldo nos princípios da economicidade e da eficiência, e não pode aguardar pela solução definitiva do Governo Federal, que já deveria ter definido uma solução para o problema, seja pela reestruturação de uma carreira para o médico civil federal e/ou pela aprovação de uma legislação que estabeleça a possibilidade e as regras da terceirização da mão de obra médica no Serviço Público Federal.

Na análise da força de trabalho formada pelo médico militar, constata-se a existência de uma carreira de Estado, estando as maiores dificuldades para a sua captação e manutenção, associadas aos baixos vencimentos em relação ao mercado de trabalho médico e as exigências da carreira militar, principalmente a da disponibilidade permanente; e seus

principais atrativos relacionados à estabilidade proporcionada, condições favoráveis de trabalho e possibilidade de progressão técnico-profissional.

A Emenda Constitucional nº 77, de 11 de fevereiro de 2014, estende aos profissionais de saúde das Forças Armadas a possibilidade de acumulação de dois cargos públicos, quando houver compatibilidade de horários (BRASIL, 2014).

A regulamentação da rotina de trabalho dos militares profissionais de saúde da MB incorpora o princípio da eficiência, do texto Constitucional, como foco estratégico da ação administrativa, onde o controle rígido de horário de trabalho cede espaço para a cobrança por resultados. Nesse cenário, a flexibilização da rotina de trabalho, em determinados casos, como o das atividades técnico-profissionais de saúde, torna-se um instrumento estratégico para o melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais, a fim de permitir que os oficiais dos quadros de saúde exerçam a profissão no meio civil, no intuito de desenvolver a prática profissional, principalmente aqueles que, transitoriamente, não estejam servindo em OM de saúde da MB, assim como atender as necessidades de especialização e atualização, por meio de realização de cursos e participação em eventos científicos (BRASIL, 2014).

A flexibilização da rotina de trabalho para o militar profissional de saúde está em sintonia com a realidade do mercado e com o interesse público, na medida em que a Administração Naval convive, rotineiramente, com dificuldade de captação e evasão voluntária dos profissionais de saúde, em especial dos médicos militares, que optam pelo mercado de saúde civil, o qual lhes propicia jornadas de trabalho mais flexíveis, possibilitando que participem de atividades de capacitação e tenham maior contato com a prática profissional. Desta forma, a rotina de trabalho dos militares profissionais de saúde nas Organizações de Saúde poderá, a critério do titular da OM, ser executada em turnos, de 7 às 13 horas ou de 12 às 18 horas, e onde não seja implementada a rotina de trabalho em dois turnos, a jornada de trabalho será fixada, considerando a necessidade do serviço, observando o limite

mínimo de seis horas diárias, que ainda poderá ser flexibilizando, mas respeitando o mínimo de trinta horas semanais, que não engloba as atividades de plantões e serviços (BRASIL, 2014).

Portanto, a estratégia encontrada pelo SSM para manter completo o efetivo médico do CSM, na impossibilidade de oferecer vencimentos compatíveis com o mercado de trabalho, tem sido a de flexibilizar a sua rotina de trabalho, com uma carga horária mínima de trinta horas semanais que, associada as possibilidades do médico militar acumular dois cargos públicos, manter um aprimoramento técnico-profissional contínuo, ter ascensão funcional na carreira e dispor das melhores condições materiais para o exercício profissional, torna-se um grande incentivo para o seu ingresso e permanência na MB.

Além do médico do CSM, a força de trabalho militar é formada, buscando-se um número cada vez maior de médicos da Reserva Remunerada da Marinha para prestação de Tarefa por Tempo Certo e da incorporação de oficiais médicos temporários da Reserva de 2^a classe da Marinha (RM2), por meio do serviço Militar Obrigatório (SMO) ou Serviço Militar Voluntário (SMV).

No edital do concurso público para ingresso no quadro de médicos do CSM em 2016, há vagas de âmbito regional destinadas a futuros oficiais médicos que desejem permanecer na região escolhida até a época de realização do Curso Superior (C-SUP) ou equivalente previsto no Plano de Carreira de Oficiais da Marinha (PCOM), pré-requisito à promoção ao posto de Capitão de Mar e Guerra, que atualmente é realizado entre o quinto ano no posto de Capitão de Corveta e o primeiro ano no posto de Capitão de Fragata, ocasião em que o candidato terá entre 17 e 20 anos como oficial médico. Após a realização deste curso de carreira, o oficial, oriundo do concurso em âmbito regional, poderá passar a ser movimentado para servir em qualquer outra localidade do país e, caso ele não seja selecionado para a realização desse curso, ou nele seja reprovado ou ainda requeira a desistência de sua

realização, permanecerá no posto de Capitão de Fragata, servindo na região para a qual optou, até o cumprimento do tempo de serviço previsto em lei para a transferência para a reserva. Assim, o candidato inscrito para o concurso em âmbito regional, realizará a maior parte da carreira militar na sua região de escolha, tendo garantida a sua permanência na mesma até a época de realização do C-SUP ou, caso desista de fazer o curso, permanecerá durante toda a carreira na área escolhida, até o posto de Capitão de Fragata (BRASIL, 2016).

Analisando-se a modalidade do concurso de âmbito regional, identifica-se a intenção de captar médicos para os Hospitais Distritais, das suas respectivas regiões e que, normalmente, não têm interesse de ingressar no CSM, diante da possibilidade de serem movimentados para outras localidades do país, assim como observa-se uma grande dificuldade de movimentar-se médicos lotados no HNMD para esses Hospitais, motivando, diante dessa necessidade, vários pedidos de baixa do Serviço Ativo da Marinha.

Com certeza, preencher uma vaga de médico do HNMD, devidamente habilitado para o exercício da medicina de alta complexidade, de preferência possuidor de títulos de mestrado e doutorado, necessários para ministrar os cursos de ensino médico e/ou desenvolver projetos de pesquisas existentes no Hospital, é tarefa bem mais difícil que a de preencher uma vaga de médico do Hospital Distrital, pois os profissionais mais especializados também têm receio de ingressar na MB e terem que servir em outra OM que não o HNMD. Portanto, a solução encontrada para os Hospitais Distritais seria ainda muito mais útil para o HNMD, caso o concurso para o quadro de médicos do CSM reservasse vagas específicas para o HNMD, que exijam alto grau de especialização ou titulações acadêmicas, a fim de preencher as necessidades de recursos humanos de excelência. Desta maneira, a sugestão é de que no próximo edital de concurso público para ingresso no quadro de médicos do CSM, haja vagas para oficiais que desejem servir no âmbito do HNMD, em determinadas áreas que exijam alto grau de especialização e titulação como pré-requisito ou a serem desenvolvidas durante a

carreira. Esses oficiais médicos serviriam no HNMD até a época de realização do Curso de Política e Estratégia da Marítimas (C-PEM) ou equivalente, previsto no PCOM. Após a realização desse curso de carreira o oficial médico poderia ser movimentado para outra OM da MB, época em que poderia exercer o cargo de Direção como pré-requisito à promoção de Oficial General. Caso ele não seja selecionado para a realização do C-PEM, ou nele seja reprovado, ou ainda requeira a desistência de sua realização, permaneceria servindo no HNMD até o cumprimento do seu tempo de serviço. Dessa maneira, a MB poderia vir a selecionar médicos da mais alta capacidade profissional e notório saber científico, que têm interesse de servir no HNMD, onde teriam oportunidade de aplicar os seus conhecimentos no exercício de uma Medicina de excelência, além de desenvolverem atividades de Pesquisa e Ensino Médicos.

7- CONCLUSÃO

A terceirização exige uma gestão estratégica por parte da organização contratante, em que os objetivos dela devem estar bem estabelecidos desde o início do planejamento, que deve ser contínuo, com o acompanhamento das metas estabelecidas e adoção de ações corretivas que se façam necessárias.

No SSM, assim como deveria ser no SUS, a regra é a AMH ser prestada diretamente, em suas unidades de saúde, podendo ser terceirizada à iniciativa privada parte dos serviços de saúde, em determinada área, onde sua rede própria seja insuficiente para o atendimento. Essa terceirização ao setor privado, quando os serviços de saúde são executados nas instalações e por profissionais de saúde do próprio particular, é inquestionável sob o aspecto jurídico-legal, sendo há muito tempo utilizada pela MB para complementar a AMH aos seus usuários, que podem vir a utilizar, caso necessário, em situações que extrapolem a capacidade técnica de atendimento do sistema, serviços médicos terceirizados de mais alta complexidade, inclusive no exterior.

A estratégia consagrada pelo SSM para a terceirização da AMH em OSE foi a do Sistema de Credenciamento, baseado na inexigibilidade de licitação, devido à inviabilidade de competição, pois há a contratação de todos os interessados que preencham as condições do chamamento, pelos valores previamente estabelecidos, constantes na CBHPM, e que são referência para todos serviços médicos prestados a planos e seguros de saúde, não havendo uma margem de competitividade de preços no mercado.

O credenciamento proporciona uma desburocratização na administração com a diminuição no quantitativo de procedimentos licitatórios, além de proporcionar a ampliação da rede de atendimento do SSM a todo local que se fizer necessário, flexibiliza a capacidade de atendimento do sistema, de acordo com as disponibilidades orçamentárias.

A força de trabalho médico para a prestação da AMH nas Organizações de Saúde

do SSM é formada por médicos militares e médicos civis, sendo estes fundamentais para atender à crescente demanda dos usuários, visto que é impossível a incorporação de oficiais médicos em número suficiente que viesse a suprir a necessidade do quantitativo de civis, não só pela dificuldade de captação pela MB, como também pelo limite de efetivo previsto em lei. Porém, a carreira do médico civil federal encontra-se em extinção, após a proibição da efetivação de profissionais devidamente concursados em cargos públicos da Administração Federal, desde 2011.

Diferente de Unidades de Saúde do SUS, que por meio de legislações específicas, passaram a dispor de médicos contratados por OS ou outras empresas com personalidade jurídica de direito privado, ou ainda contratado por tempo determinado para atender necessidades temporárias de excepcional interesse público, o HNMD viu a situação da falta de médicos do seu corpo clínico se agravar até a Administração Naval decidir pela complementação da equipe médica, em caráter emergencial, a fim de evitar consequências drásticas provocadas pelo quadro médico deficitário.

A contratação do fornecimento de mão de obra especializada foi feita por meio de credenciamento de pessoa jurídica, para setores vitais do HNMD, com remuneração semanal da jornada de trabalho (plantões na UTI adulto, UTI infantil, Unidade Coronariana e Serviço de Emergência) ou por número e classificação dos procedimentos realizados (Cirurgia Oftalmológica e Cirurgia Cardíaca).

Embora a terceirização, mediante a contratação de serviços ou locação de mão de obra para execução, nas dependências do órgão contratante, de atividade inerente a alguma de suas categorias funcionais, seja vedada pela legislação vigente, a Administração Naval decidiu pela terceirização de alguns serviços médicos no HNMD, respaldada pelos princípios da eficiência, pois sem ela atendimentos médicos cruciais não seriam realizados, expondo pacientes ao risco de morte ou de sequelas irrecuperáveis; e da economicidade, visto que o

encaminhamento de todos os pacientes, atendidos pelos serviços médicos terceirizados no HNMD, para OSE teria um custo insuportável para a MB.

Contudo, a melhor forma de contratação dos serviços médicos terceirizados no HNMD seria por processo licitatório e não pelo sistema de credenciamento, porque há um número limitado de plantões a serem contratados e, caso o número de interessados seja superior ao número de vagas oferecidas, não haverá a contratação de todos, inviabilizando o processo de credenciamento. Além disso, a hora de trabalho médico é muito variável no mercado de trabalho, como verifica-se nas grandes oscilações de salários praticados, e a competitividade proporcionada pelo processo licitatório poderia assegurar uma boa economia. Mesmo na terceirização dos procedimentos cirúrgicos, cuja remuneração é classificada na CBHPM, realizados no HNMD haveria a possibilidade de uma economia de escala, na dependência da quantidade de cirurgias contratadas para um mesmo dia. Da mesma maneira o processo de credenciamento poderia se inviabilizar por grande número de interessados, pois seria inviável para o HNMD administrar um grande rodízio de médicos terceirizados na prestação de um mesmo serviço. Portanto, conclui-se que os serviços médicos terceirizados do HNMD devem ser contratados por processo licitatório.

Na gestão da força de trabalho do médico civil no HNMD, não há mais ações imediatas a serem empreendidas pela MB, que não seja a de acompanhar de perto a Política do Governo Federal para a Saúde Pública e analisar suas repercussões para o SSM, sendo que se faz necessária uma reestruturação de uma carreira de médico civil federal ou a aprovação de uma legislação que permita e defina as regras de terceirização da mão de obra médica no Serviço Público Federal, enquanto observa-se o destino do Programa Mais Médicos, se a formação de mais médicos especializados no Brasil, com foco na Atenção Primária à Saúde, vai realmente propiciar, futuramente, economia de recursos com o atendimento de alta complexidade, sem comprometer a qualidade do profissional formado, e se o aumento da

oferta destes profissionais no mercado de trabalho proporcionará uma diminuição das despesas com pessoal pela Administração Pública.

A gestão estratégica da força de trabalho do médico militar implica em procurar manter o efetivo do CSM completo, apesar da evasão voluntária provocada pelos baixos salários; para tanto, a rotina de trabalho do médico militar foi flexibilizada dentro de uma carga horária semanal mínima de 30 hs, a fim de possibilitar que o mesmo acumule dois cargos públicos, aumentando o total dos seus rendimentos, e possibilitando que desfrute de mais tempo para atualização profissional e aprimoramento técnico.

Outra ação empreendida, para diminuir a necessidade da contratação de serviços médicos terceirizados e seus respectivos custos, é a de buscar a incorporação de número cada vez maior de oficiais médicos temporários, por meio do SMO ou SMV, além de contratar o maior número possível de médicos da Reserva Remunerada da Marinha para prestação de Tarefa por Tempo Certo.

A diretriz do Ministério da Defesa é o de integrar os Serviços de Saúde das Forças Armadas, implementando uma efetiva cooperação entre eles, de modo que a necessidade de encaminhamento para AMH de uma Força Singular possa ser atendida pela Organização de Saúde de uma das outras Forças, propiciando uma economia de recursos orçamentários com a terceirização de serviços médicos para Organizações Civis de Saúde, verificando também a viabilidade de instalações conjuntas. Nesse cenário, torna-se necessário um estudo contínuo das necessidades e potencialidades do SSM para o cumprimento de futuras diretivas que busquem a integração estratégica dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.

Por fim, o médico militar do HNMD é o profissional que necessita da mais alta capacitação técnica, de preferência possuindo titulação acadêmica que o qualifique como preceptor dos Cursos de Residência Médica, a fim de manter a qualificação do Corpo Docente e do Corpo Clínico do Hospital. De forma similar às vagas de âmbito regional, existentes para

o ingresso no quadro de médicos do CSM, destinadas a futuros oficiais que desejem permanecer na região escolhida durante boa parte da sua carreira, poderiam ser destinadas vagas a futuros oficiais que desejem permanecer servindo no HNMD até o posto de CMG, inclusive, possibilitando que a MB selecione médicos do mais elevado gabarito, aptos ao exercício de uma medicina de excelência e com interesse em desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

Essa medida permitirá que o HNMD mantenha uma quantidade mínima de médicos nas mais diversas especialidades, com grande experiência profissional e capacidade para disseminar conhecimentos e solucionar casos complexos, sendo uma garantia fundamental para o aliciamiento e manutenção de médicos com o perfil necessário para o atendimento médico de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/ConstituiçãoCompilado.htm>. Acesso em: 18 jun. 2011.

_____. Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa e da outras providências. Brasília, 1967.

_____. Decreto n. 92.512, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512compilado.htm>. Acesso em: 18 jun. 2011.

_____. Decreto n. 2.271, de 7 de julho de 1997. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2271.htm>. Acesso em: 18 jun. 2011.

_____. Decreto n. 5.392, de 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5392.htm>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Diretoria de Ensino da Marinha. Edital do Concurso Público para Ingresso no Corpo de Saúde da Marinha – Quadro de Médicos (CP-CSM-Md) em 2016. D.O.U. nº 86, Seção 3, 06 de maio de 2016.

_____. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-401: Normas para Assistência Médico-Hospitalar*. 3ª REV. Rio de Janeiro, 2012.

_____. (1990b) Lei Complementar nº 101 – 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 02/05/2016.

_____. Lei nº 8.080 – 18 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. Lei nº 8.745 de 09 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. (2000a) Lei nº 9.961 – 28 de janeiro de 2000. *Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 02/05/2013.

_____. Lei nº 9.637 – 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <[file:///E:/DOCUMENTOS REFERÊNCIAS/L9637.html](file:///E:/DOCUMENTOS%20REFERÊNCIAS/L9637.html)>. Acesso em: 02/05/2016.

_____. Lei nº 12.550 – 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[file:///E:/DOCUMENTOS REFERÊNCIAS/L12550.html](file:///E:/DOCUMENTOS%20REFERÊNCIAS/L12550.html)>. Acesso em: 02/05/2016.

_____. Lei nº 12.871 – 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 02/05/2016.

_____. MINISTÉRIO DA DEFESA. Portaria Normativa nº 1.065, de 28 de junho de 2010. *Dispõe sobre a Diretriz para a coordenação de programas e projetos comuns às Forças Armadas. Boletim do Exército nº 27, de 9 de julho de 2010.*

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Instrução Normativa n. 2, de 30 de abril de 2008. Brasília, DF, 2008. Dispõe sobre regras e diretrizes para a contratação de serviços, continuados ou não. Disponível em: <<http://www.comprasnet.gov.br>>. Acesso em: 18 jun.2011.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Portaria Interministerial nº 5, de 05 de janeiro de 2016. *Autoriza o Ministério da Saúde a contratar 2.493(dois mil e quatrocentos e noventa e três) profissionais, por tempo determinado, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público. a Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha.*

_____. Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 454 de 17 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes para a organização da carreira de médico de Estado. Brasília, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CREMERJ). Jornal do CREMERJ, Janeiro de 2016. Organizações Sociais : A privatização da Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em:<www.cremerj.org.br/jornais/download/193;jsessionid=1C5B8EC79B785980267EE5AEBB643662>. Acesso em: 01/08/2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CREMERJ). Jornal do CREMERJ, Junho de 2016. Antônio Pedro : EBSEH não garante melhorias. Disponível em:<www.cremerj.org.br/jornais/download/193;jsessionid=1C5B8EC79B785980267EE5AEBB643662>. Acesso em: 01/08/2016.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 461 p.

ELIAS, P.E. VIANA, A.L *Sistema de Saúde do Brasil*. CEDEM , FMUSP. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 05/05/2013.

FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina; colaboração: Maria Helena de Andrade Magalhães, Stella Maris Borges. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 7. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2004. 242 p. (Aprender).

GIOSA, Livio Antonio. *Terceirização: uma abordagem estratégica*. 5. ed. rev ampl. São Paulo:Pioneira, 2003. 144p.

GUIMARÃES, E.A. *Credenciamento como hipótese de inexigibilidade de licitação*. E-GOV UFSC, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/credenciamento-como-hip%C3%B3tese-de-inexigibilidade-de-licita%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 01/05/2016.

LABANCA, Márcia Cristina Novais. NAJ/GO. Consulta. Terceirização de serviços de Secretaria, Auxiliar Administrativo e Motorista. Solicitação de uniformização. NOTA DECOR/CGU/AGU Nº 148/2008-MCL, de 15 de abril de 2008. Brasília. 2008.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 11.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 1985. 669p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. URSS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 30/04/2013.

PONTE, C.F. org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, Rio de Janeiro, 2010. p. 113-150. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 03/05/2013.

ROCHA, Maria Isabel Evangelista. Pedido de reexame de procedimento de credenciamento de clínicas de prestação de serviços médicos oftalmológicos, por inexigibilidade de licitação com fulcro no caput do art. 25 da Lei 8.666/93, face à carência de médicos para atendimento dos , Ano XXIX . Nº 144 – Rio de Janeiro.usuários do Serviço de Saúde da Marinha. Considerações MIR/NAJ-RJ/CGU/AGU Nº 037, de 02 de setembro de 2008. Rio de Janeiro.2008.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 12.577, de 20 de dezembro de 1993. Regulamenta a contratação de pessoa lpor tempo determinado , para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público de que trata a Lei nº 1.978, de 26 de maio de 1993.Disponível em:<<https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/1993/1258/12577/decreto-n-12577-1993-regulamenta-a-corntratacao-de-pessoal-por-tempo-deter...>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

RIO DE JANEIRO. Edital nº131/2015 Subsecretaria de Gestão, Coordenadoria de Gestão de Pessoas, Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Regulamenta o processo seletivo destinado a contratação de pessoal por tempo determinado para a Secretaria Municipal de Saúde.D.O.RIO, Ano XXIX - Nº 144 - Rio de Janeiro. Acesso em: 18 jun. 2016.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 12.577, de 20 de dezembro de 1993. Regulamenta a contratação de pessoa lpor tempo determinado , para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público de que trata a Lei nº 1.978, de 26 de maio de 1993.Disponível em:<<https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/1993/1258/12577/decreto-n-12577-1993-regulamenta-a-corntratacao-de-pessoal-por-tempo-deter...>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

_____. Decreto nº 30.780, de 02 de maio de 2009. Regulamenta a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Decreto nº 38.125, de 29 de novembro de 2013. Cria a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro e aprova o seu estatuto. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Lei Estadual nº 7.402 de 18 de julho de 2016. Determina que pessoas feridas em acidentes de trânsito sejam levadas pelo Corpo de Bombeiros, para hospitais conveniados aos seus planos de saúde. Brasília, Rio de Janeiro, 2016.

RIOSAUÍDE. RIOSAUÍDE contrata médicos para trabalhar no regime CLT. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/riosauide/exibeconteudo?p_p_id=exibirconteudoportlet_WAR_conteudoportlet_INSTANCE_Lyll&p_p_lifecycle=0&p_p_stat=po...>. Acesso em: 02 de ago. 2016

SÜSSEKIND, Arnaldo. Curso de Direito do Trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004. 643 p.