



ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GOVERNANÇA
E DESENVOLVIMENTO

GOVERNANÇA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS
MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS: UM ESTUDO DE
CASO DA REGIÃO DE BRASÍLIA.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DÉBORAH AMARAL
LIMEIRA ARAÚJO BORGES

BRASÍLIA – DF

2022

GOVERNANÇA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS MILITARES
DAS FORÇAS ARMADAS: UM ESTUDO DE CASO DA REGIÃO
DE BRASÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Governança e Desenvolvimento
da Escola Nacional de Administração Pública -
ENAP como requisito para obtenção do título
de Mestre em Governança e Desenvolvimento.

Aluna: Déborah Amaral Limeira Araújo Borges
Orientador: Prof. Dr. Pedro Lucas de Moura
Palotti

BRASÍLIA - DF

2022

B7325g Borges, Déborah Amaral Limeira Araújo

Governança da assistência à saúde aos militares das forças armadas: um estudo de caso da região de Brasília / Déborah Amaral Limeira Araújo Borges. -- Brasília: Enap, 2022.

161 f. : il.

Dissertação (Mestrado -- Programa de Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento) -- Escola Nacional de Administração Pública, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Pedro Lucas de Moura Palotti.

1. Governança. 2. Coordenação. 3. Forças Armadas. 4. Saúde.
I. Título. II. Moura, Pedro Lucas de orient.

CDD 353.6

Bibliotecária: Tatiane de Oliveira Dias – CRB1/2230

DÉBORAH AMARAL LIMEIRA ARAÚJO BORGES

**GOVERNANÇA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS
MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS: UM ESTUDO DE
CASO DA REGIÃO DE BRASÍLIA.**

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado em Governança e Desenvolvimento da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP como requisito para obtenção do título de Mestre em Governança e Desenvolvimento.

Defendida em 04 de abril de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Pedro Lucas de Moura Palotti, Orientador - ENAP

Prof. Dr. Mauro Santos Silva - ENAP

Profa. Dra. Lindijane de Souza Bento Almeida – UFRN

BRASÍLIA
2022

DEDICATÓRIA

Esta pesquisa é dedicada aos profissionais de gestão em saúde militar, que diariamente se esforçam em prol de uma melhor prestação de assistência em saúde aos seus beneficiários, buscando a melhoria contínua de seus processos de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus filhos pela paciência e compreensão e pela abdicção de horas de lazer em família para a realização desta pesquisa. Aos colegas de trabalho e gestores que emprestaram parte de seu precioso tempo para participar das entrevistas necessárias a este levantamento de dados. Aos colegas do curso de Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento pela companhia e generosidade nesta jornada. A Deus pela força na caminhada.

O Altíssimo deu-lhes a ciência da medicina para ser honrado em suas maravilhas. Eclesiástico 38:6.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGHUSE	- Aplicativo de Gestão Hospitalar
AMH -	- Assistência Médico-Hospitalar
ASD	- Ações Setoriais de Defesa
CENSIPAM	- Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia
C Ex	- Comando do Exército
CG	- Conselho de Governança
CGOV	- Comitê de Governança
CHMBra	- Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília
CIG	- Comitê Interministerial de Governança
CISSFA	- Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas
CMT LOG	- Comandante Logístico
COMAER	- Comando da Aeronáutica
COMGEP	- Comando Geral do Pessoal
CONSUG	- Conselho Superior de Governança
COVID	- Corona Virus Disease
CPSSEMEA	- Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica
DESAS	- Departamento de Saúde e Assistência Social
DF	- Distrito Federal
DGP	- Departamento Geral do Pessoal
DGPM	- Departamento Geral do Pessoal da Marinha
DIRSA	- Diretoria de Saúde da Aeronáutica
DSAU	- Diretoria de Saúde do Exército
DSM	- Diretoria de Saúde da Marinha
DTS	- Direção Técnica de Saúde
E-SIC	- Serviço de Informação ao Cidadão
EMA	- Estado Maior da Armada
EMCFA	- Estado Maior Conjunto das Forças Armadas
EME	- Estado Maior do Exército
END	- Estratégia Nacional de Defesa
ESD	- Estratégia Setorial de Defesa
ESG	- Escola Superior de Guerra
FA	- Forças Armadas

FAB	- Força Aérea Brasileira
FAHFA	- Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas
FR	- Fonte de Receita
FS	- Força Singular
FUNSA	- Fundo de Saúde da Aeronáutica
FUSEX	- Fundo de Saúde do Exército
FUSMA	- Fundo de Saúde da Marinha
GAP	- Grupamento de Apoio
GM	- Gabinete do Ministro
HFA	- Hospital das Forças Armadas
HFAB	- Hospital da Força Aérea de Brasília
HMAB	- Hospital Militar de Área de Brasília
HNBr	- Hospital Naval de Brasília
IG	- Instrução Geral
ILPI	- Internação de Longa Permanência para Idosos
IR	- Instrução Reguladora
LOA	- Lei Orçamentária Anual
MB	- Marinha do Brasil
MD	- Ministério da Defesa
NBQ	- Normas Brasileiras de Qualidade
NCSA	- Norma de Sistema do Comando da Aeronáutica
OCS	- Organizações Credenciadas de Saúde
OM	- Organização Militar
OMS	- Organizações Militares de Saúde
ON	- Orientação Normativa
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPME-	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OSA	- Organização de Saúde da Aeronáutica
OSD	- Objetivo Setorial de Defesa
PEM	- Plano Estratégico da Marinha
PND	- Política Nacional de Defesa
PNE	- Portador de Necessidades Especiais
PSA	- Profissionais de Saúde Autônomos
RH	- Recursos Humanos
SADT	- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

SAMMED	- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares
SARS-CoV-2	- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SEORI	- Secretaria de Organização Institucional
SEPESD	- Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto
SG2EX	- Sistema de Governança e Gestão do Exército
SIAD	- Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar
SIGSAUDE	- Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da Marinha
SIRE	- Sistema de Faturamento e Encaminhamento do Exército
SISAU	- Sistema de Saúde da Aeronáutica
SSM	- Sistema de Saúde da Marinha
USM	- Unidade de Serviço Médico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relações entre governança e ambiente.

Figura 2: Estrutura de governança da assistência à saúde aos militares das Forças Armadas.

Figura 3: Modelo aninhado de capacidades estatais proposto por Wu, Ramesh e Howlett, 2015.

Figura 4: Organograma simplificado do Ministério da Defesa.

Figura 5: Estruturas de governança paralelas no âmbito do Ministério da Defesa.

Figura 6: Configuração de governança por retroalimentação e coordenação centralizada pelo Ministério da Defesa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Atributos das estruturas de governança.

Quadro 2: Classificações dos instrumentos de políticas públicas, conforme Christopher Hood (1986) e Howlet e Ramesh (2003), citados por Capella (2018).

Quadro 3: Classificação dos instrumentos de políticas públicas, conforme Schneider e Ingram (1997), citados por Capella (2018).

Quadro 4: Matriz para análise de capacidades estatais proposto por Wu, Ramesh e Howlett (2015).

Quadro 5: Fatores que integram as dimensões de análise das capacidades estatais.

Quadro 6: Comparativo entre as classificações de capacidades estatais propostas por Wu, Ramesh e Howlett (2015), Vaz (2018) e Pires e Gomide (2018).

Quadro 7: Fatores de influência sobre as capacidades estatais segundo Wu, Ramesh e Howlett (2015).

Quadro 8: Fatores de influência sobre as capacidades estatais segundo Peters (2015).

Quadro 9: Categorização para análise dos aspectos relativos à estrutura de governança.

Quadro 10: Normativos da assistência à saúde no Comando do Exército.

Quadro 11: Normativos da assistência à saúde no Comando da Marinha.

Quadro 12: Normativos da assistência à saúde no Comando da Aeronáutica.

Quadro 13: Representatividade nos instrumentos normativos.

Quadro 14: Representatividade nos instrumentos normativos – colegiados.

Quadro 15: Editais de credenciamento de Organizações Civas de Saúde – OCS.

Quadro 16: Contratos de credenciamento de Organizações Civas de Saúde – OCS.

Quadro 17: Questões propostas para as entrevistas semiestruturadas.

Quadro 18: Categorização dos profissionais entrevistados.

Quadro 19: Trechos de entrevistas que tratam do reconhecimento da estrutura de governança existente.

Quadro 20: Trechos de entrevistas que tratam de decisões relacionadas à operacionalização conjunta de serviços, em função da pandemia provocada pela COVID-19.

Quadro 21: Trechos de entrevistas que tratam da configuração das relações de coordenação e governança.

Quadro 22: Trechos de entrevistas que tratam do relacionamento com parceiros da iniciativa privada – avaliações positivas.

Quadro 23: Trechos de entrevistas que tratam do relacionamento com parceiros da iniciativa privada – avaliações negativas.

Quadro 24: Trechos de entrevistas que tratam da necessidade de regulação e fiscalização do relacionamento com a iniciativa privada.

Quadro 25: Trechos de entrevistas que tratam da necessidade maior integração e cooperação entre os interessados.

Quadro 26: Trechos de entrevistas que tratam das perspectivas de melhoria da estrutura de governança.

RESUMO

A governança, considerada como alinhamento de vontades entre as partes interessadas, requer o estabelecimento de uma estrutura que permita a coordenação, o diálogo e a cooperação. Observar sua configuração é uma das formas de compreender o funcionamento das políticas públicas e seus resultados e entregas à sociedade. A assistência à saúde aos militares na região de Brasília constitui uma política pública capitaneada pelo Ministério da Defesa, que congrega os interesses de vários *stakeholders* na busca por um resultado comum. Neste cenário, propõe-se observar a interação entre os atores dos Comandos Militares, Hospital das Forças Armadas e Ministério da Defesa, de modo a melhor compreender como se relacionam entre si e com a iniciativa privada durante a prestação do serviço de saúde aos militares e seus dependentes. Compreender as dificuldades existentes na configuração de governança, a coordenação de interesses diversos e as capacidades estatais subjacentes a uma estrutura mais cooperativa de governança não constitui tarefa trivial e representa um desafio ao avanço das políticas públicas em saúde.

Palavras-chave: Governança. Coordenação. Forças Armadas. Saúde.

ABSTRACT

Governance, considered as an alignment of wills among stakeholders, requires the establishment of a structure that allows for coordination, dialogue and cooperation. Observing its configuration is one of the ways to understand the functioning of public policies and their results and deliveries to society. Health care for the military in the Brasília region is a public policy led by the Ministry of Defense, which brings together the interests of various stakeholders in the search for a common result. In this scenario, it is proposed to observe the interaction between the actors of the Military Commands, Hospital das Forças Armadas and the Ministry of Defense, in order to better understand how they relate to each other and to the private sector during the provision of health service to the military and their dependents. Understanding the existing difficulties in the configuration of governance, the coordination of diverse interests and the state capacities underlying a more cooperative structure of governance is not a trivial task and represents a challenge to the advancement of public health policies.

Keywords: Governance. Coordination. Armed Forces. Health.

SUMÁRIO

1.	Introdução	14
2.	Governança: Estruturas Relacionais e Suas Implicações para a Política de Assistência à Saúde aos Militares na Região de Brasília	19
2.1.	Assistência à Saúde aos Militares das Forças Armadas – Base Legal	19
2.2.	Estruturas de Governança – Tipologia e Aplicações	23
2.2.1.	Estrutura de Governança dos Serviços de Assistência à Saúde aos Militares das Forças Armadas	26
2.3.	Coordenação – Implicações e Características	30
2.3.1.	Instrumentos de Coordenação - Adaptação, Incentivos e Controles	32
2.4.	Capacidades Estatais	38
2.4.1.	Capacidades Estatais – Classificações	39
2.4.2.	Capacidades Estatais – Fatores de Influência	46
2.4.3.	Capacidades Estatais – Relacionamento com os Conceitos de Coordenação e Governança	47
3.	Resultados	52
3.1.	Instrumentos de coordenação e Governança	52
3.1.1.	Discussão Acerca dos Instrumentos de Coordenação e Governança	53
3.1.2.	Importância da Estrutura de Coordenação e Governança	57
3.1.3.	Presença de Coordenação Formal nas Relações de Governança em Saúde	59
3.1.4.	Clareza Quanto à Estrutura de Governança Existente	62
3.1.5.	Importância das Instâncias Colegiadas para a Gestão da Assistência à Saúde	66
3.1.6.	Adequação da Estrutura de Governança e Representatividade dos Interessados	69
3.1.7.	Efetividade da Atuação da Estrutura de Governança	73
3.1.8.	Configuração das Relações de Coordenação e Governança	74
3.1.9.	Clareza Quanto à Existência de Instrumentos de Coordenação e Governança	75
3.1.10.	Relacionamento da Estrutura de Governança com a Iniciativa Privada	76
3.1.11.	Perspectiva Integradora da Estrutura de Governança – Maior Cooperação Entre os Atores	82
		12

3.1.12.	Perspectivas de Melhoria da Atual Estrutura de Governança	86
3.2.	Entrevistas Semiestruturadas	87
3.2.1.	Importância da Estrutura de Coordenação e Governança	89
3.2.2.	Presença de Coordenação Formal e Informal nas Relações de Governança em Saúde	93
3.2.3.	Clareza Quanto à Estrutura de Governança Existente	94
3.2.4.	Adequação da Estrutura de Governança e Representatividade dos Interessados	95
3.2.5.	Importância das Instâncias Colegiadas para a Gestão da Assistência à Saúde	97
3.2.6.	Efetividade da Atuação da Estrutura de Governança	100
3.2.7.	Configuração das Relações de Coordenação e Governança	102
3.2.8.	Clareza Quanto à Existência de Instrumentos de Governança	104
3.2.9.	Relacionamento da Estrutura de Governança com a Iniciativa Privada	106
3.2.10.	Perspectiva Integradora da Estrutura de Governança – Maior Cooperação Entre os Atores	110
3.2.11.	Perspectivas de Melhoria da Atual Estrutura de Governança	113
4.	Considerações Finais	116
	Referências	121
	Anexo I	125
	Anexo II	131
	Anexo III	135
	Anexo IV	144

1. INTRODUÇÃO

A definição de um modelo de governança adequado para a prestação de assistência à saúde aos usuários de um grupo ou sociedade não constitui tarefa trivial e acarreta discussões sobre a amplitude dos serviços prestados, implicações e forma de relacionamento entre seus interlocutores.

A gestão pública contemporânea enfrenta obstáculos associados a um contexto de crescente complexidade e variações institucionais, dentre os quais: recursos limitados para a prestação do serviço público, exigindo o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos; interação entre as políticas públicas e os diversos atores envolvidos em seu processo de formulação e implementação; e exigências externas por um setor público mais competente na prestação de seus serviços (MARTINS, 2005).

Neste contexto, a gestão de sistemas de saúde traz uma série de implicações de ordem prática, dentre as quais a necessidade de interação entre os níveis de complexidade e entre os prestadores do serviço, fator que demanda a manutenção de níveis adequados de cooperação por um lado, sem perda de autonomia administrativa e decisória por outro.

A assistência à saúde aos militares das Forças Armadas é uma das garantias que integra seu Sistema de Proteção Social, estando disciplinada por uma série de legislações infraconstitucionais, em parte anteriores à Constituição Federal de 1988. Segundo Almeida (2017), estes diversos normativos interagem entre si para proporcionar o cumprimento das disposições legais pelos Sistemas de Saúde das Forças.

Dentre os principais regulamentos que tratam do assunto podem ser mencionados: a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, que dispõe sobre o Estatuto dos Militares; o Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986; a Medida-Provisória 2215-10, de 31 de agosto de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002; e a Lei nº 13.954 de 16 de dezembro de 2019.

Segundo estes normativos, a assistência médico-hospitalar aos militares das Forças Armadas e seus dependentes deve ser prestada sob a forma ambulatorial ou hospitalar, podendo ser executada pelas organizações de saúde dos Comandos Militares; pelo Hospital das Forças Armadas; por organizações do meio civil, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato; e por organizações de saúde do exterior, especializadas ou não.

Assim, como forma de discutir o atual desenho da estrutura de governança da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas, será utilizado o estudo de caso de

uma situação específica: qual a configuração da estrutura de governança e coordenação dos sistemas de saúde das Forças Armadas na região de Brasília; como esta configuração atua visando a prestação do serviço de assistência aos militares das Forças Armadas; e quais as implicações decorrentes do relacionamento entre o aparato estatal e a iniciativa privada para atendimento às demandas de procedimentos e sua relação de complementaridade.

A opção pela metodologia do estudo de caso visa obter explicações diretamente pertinentes ao “*caso considerado e elementos que lhe marcam o contexto*”, apresentando como vantagem o aprofundamento de determinada análise em específico, uma vez que não se presta à comparação entre situações diversas. Assim, ao pesquisador no estudo de caso é possível “*adaptar seus instrumentos, modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, precisar alguns detalhes e construir uma compreensão do caso*” (LAVILLE e DIONE, 2007, p. 155-156).

O estudo de caso busca esclarecer situações específicas, podendo utilizar, como unidades de análise, situações análogas ou contrastantes, de modo a especificar quais variáveis contribuem para a repetição ou modificação do objeto. Para tanto, não se pode desconsiderar a relevância do contexto em que os casos se inserem. Uma das grandes vantagens da utilização da metodologia de estudo de caso é “*sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências*”, cujos suportes podem incluir análise documental, observações, questionários, entrevistas. Diferentemente das pesquisas quantitativas, não é o número de casos abordados que conferirá relevância ao estudo realizado, mas a adequada seleção dos casos abordados e sua clara justificativa (ALVARENGA NETO, BARBOSA e CENDON, 2006, p. 68).

Considerando-se um cenário marcado pela presença de múltiplos atores e interesses envolvidos, estruturas adequadas de governança e coordenação dos serviços prestados constitui fator fundamental para o sucesso da execução da política de saúde. Assim, o reconhecimento de tais estruturas tende a contribuir para a discussão de aspectos necessários à adequada distribuição de papéis aos partícipes, promovendo, a partir da coordenação de esforços, economia de recursos e melhor gestão dos serviços.

A presente pesquisa visa, como objetivo central, observar o relacionamento dos atores que compõem a estrutura de governança dos serviços de assistência à saúde aos militares na região de Brasília, assim como suas perspectivas quanto à adequação desta estrutura às necessidades da respectiva política pública.

Assim, como objetivos específicos, propõe-se investigar a configuração da estrutura de governança existente no sistema de saúde das Forças Armadas, notadamente na região de

Brasília, identificando os atores envolvidos, seus papéis, sua relevância e tipo de atuação para a determinação de regras acerca do planejamento e da execução dos serviços.

Pretende-se ainda verificar se a governança e a coordenação formalmente instituídas se traduzem na utilização de instrumentos e protocolos que norteiem a execução dos serviços, a natureza de tais instrumentos, se os papéis propostos pelos normativos para a atuação dos parceiros públicos estão espelhados em seus planejamentos estratégicos e na constituição de suas unidades, bem como as capacidades estatais subjacentes a uma adequada estrutura de governança e coordenação.

A pesquisa utilizará o levantamento de dados documentais acerca do sistema e instrumentos de governança utilizados para a prestação dos serviços de saúde pelos hospitais militares da região de Brasília e sua complementaridade pela iniciativa privada, envolvendo a análise de normativos que estabeleçam formalmente a configuração do sistema de governança e coordenação dos serviços prestados, tais como legislações, portarias, atos constitutivos, editais para credenciamento de parceiros privados, manuais.

Tenciona-se esclarecer os papéis definidos para cada ator, buscando compreender como ocorre o relacionamento entre Estado e organizações privadas de saúde. A coleta de informações considerará ainda dados contidos em portais da transparência, relatórios de gestão das unidades, informações solicitadas através dos Serviços de Informação ao Cidadão – E-SIC, dentre outros.

Partir de dados existentes não pressupõe a independência destes em relação à *“presença do pesquisador e de sua atividade”*. O pesquisador é que *“os faz aparecer como dados”* em função do ponto de vista e dos instrumentos utilizados para sua coleta, selecionando os elementos julgados relevantes e *“transformando-os em informações significativas”*. Pesquisas baseadas em dados existentes permitem obter acesso aos fatores que *“marcam ou caracterizam uma situação”* sem a necessidade de instrumentos que *“modifiquem radicalmente essa situação”*, uma vez que no caso desta política pública estruturada e em curso, não se apresenta como possível propor experiências que permitam trabalhar com dados criados (LAVILLE e DIONE, 2007, p. 133, 148).

Além da pesquisa documental, foram realizadas dez entrevistas presenciais, de caráter semiestruturado, com profissionais que atuam nas dimensões de governança das Unidades envolvidas, dentre os quais: diretores das unidades hospitalares, bem como dos departamentos de saúde dos hospitais militares; chefes de divisões; áreas de planejamento, gestão e governança; e assessorias diretamente ligadas às diretorias dos hospitais.

As entrevistas realizadas contaram com nove questões para a manifestação dos entrevistados, as quais foram utilizadas apenas como fio condutor para o registro de suas impressões, de forma a não limitar a menção a outros temas considerados relevantes pelos participantes. O detalhamento das questões formuladas e do público entrevistado consta da Seção 3 – Resultados.

A entrevista semiestruturada consiste em testemunhos colhidos a partir de temas particularizados e questões abertas antecipadamente preparadas. Este formato de entrevista permite a retirada, acréscimo ou alteração da ordem das perguntas, visando conferir maior coerência à linha de raciocínio do entrevistado, bem como a utilização mista de questões abertas e de questões com opções de respostas. Embora a estratégia de entrevista semiestruturada não convenha aos estudos que envolvam um grande número de participantes, *“sua flexibilidade possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade”* (LAVILLE e DIONE, 2007, p. 189).

A amostra utilizada nesta pesquisa possui, conforme Laville e Dione (2007, p. 170), caráter não probabilista, ou seja, formada *“em função de escolhas explícitas do pesquisador”*. Utilizou-se ainda do conceito de amostra típica em que *“a partir das necessidades de seu estudo, o pesquisador seleciona casos julgados exemplares ou típicos da população-alvo ou de uma parte desta”*, os quais, neste caso, dizem respeito ao levantamento e o comparativo de informações constantes de documentos e normativos, relativas ao relacionamento e papéis desempenhados pelos Comandos Militares e seus respectivos hospitais em Brasília, Ministério da Defesa e Hospital das Forças Armadas na atual configuração de governança.

Para a análise dos dados coletados a partir da pesquisa documental e entrevistas, utilizar-se-á a técnica da análise de conteúdo. Para Bardin (2009, p. 45), a análise de conteúdo constitui *“uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência”*. Neste sentido, esta técnica se presta a facilitar a observação dos dados coletados, dando-lhe *“forma conveniente”* e representativa.

Para Câmara (2013, p. 182), ao realizar a análise de conteúdo, o pesquisador não se limita a apresentar os significados imediatos das palavras ou termos destacados, mas procura entender o sentido subjacente por trás dos fragmentos analisados, dentre os quais as estruturas ou modelos de pensamento e ideologias que os sustentam. Assim, para a autora, o esforço do pesquisador ocorre em uma dupla acepção: *“entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação”*.

Sobre a validação da análise de dados, pretende-se utilizar, como critérios de validação, a triangulação de dados, a coleta de informações em fontes distintas, bem como a corroboração por cumulatividade, contrastes e diversificação de evidências, de forma a fortalecer as inferências e conclusões apontadas, com vistas a aumentar a solidez dos achados, fortalecendo as conclusões da pesquisa a partir da diversificação de suas fontes (ALVARENGA NETO, BARBOSA e CENDON, 2006).

As entrevistas buscaram focar quesitos que permitam analisar o nível de compreensão dos respondentes quanto à estrutura de governança dos serviços de saúde aos militares na região de Brasília, bem como sua percepção quanto à adequação desta configuração, forças e fragilidades percebidas no relacionamento entre os atores envolvidos, tanto no âmbito público quanto com a iniciativa privada e eventuais perspectivas e sugestões para melhoria das atividades de coordenação, planejamento e execução da referida política pública.

2. GOVERNANÇA: ESTRUTURAS RELACIONAIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS MILITARES NA REGIÃO DE BRASÍLIA

A prestação dos serviços de assistência à saúde aos militares, assim como em qualquer outra atividade de gestão pública ou privada, está intimamente ligada ao desenho de governança estabelecido para a transação em questão. O maior ou menor grau de coordenação das atividades de saúde envolve as características dos atores relacionados com a prestação deste serviço e os objetivos de cada parte interessada.

Deste modo, para melhor compreender o funcionamento da política de assistência à saúde aos militares, cumpre discutir a estrutura de governança e de coordenação existentes entre o Ministério da Defesa, os Hospitais Militares da Região de Brasília e o Hospital das Forças Armadas – HFA, bem como o relacionamento complementar entre Estado e iniciativa privada na prestação destes serviços.

Para tanto, serão abordadas temáticas que tratem das estruturas de governança – notadamente modelos híbridos e aproximação entre Estado e particulares -; coordenação de políticas públicas, seus matizes e instrumentos; e capacidades estatais burocráticas/técnico-administrativas e socioestatais/político relacionais. Ademais, a análise da legislação que institui e regulamenta a assistência à saúde aos militares das Forças Armadas pode oferecer algum direcionamento sobre o sistema de governança adotado para a organização desta política pública, constituindo um de seus elementos formais de coordenação.

2.1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS – BASE LEGAL

A assistência à saúde aos militares das Forças Armadas é uma das garantias que integra seu Sistema de Proteção Social. A cobertura e a manutenção da assistência à saúde dos militares decorrem de princípios constitucionais, bem como de normativos infraconstitucionais anteriores à Carta Magna de 1988. Dentre os principais regulamentos que tratam do assunto, podem ser mencionados: a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, que dispõe sobre o Estatuto dos Militares; o Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986; a Medida-Provisória nº 2215-10, de 31 de agosto de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002; e a Lei nº 13.954 de 16 de dezembro de 2019.

A Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, que dispõe sobre o Estatuto dos Militares, com a redação dada pela Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019, estabelece em seus artigos 50 e 50-A a base do Sistema de Proteção Social aos militares, incluindo a prestação da assistência à sua saúde.

O artigo 50, inciso I-A, estabelece que é direito dos militares “*a proteção social, nos termos do art. 50-A*”. O artigo 50-A detalha o alcance do mencionado Sistema de Proteção Social:

Art. 50-A. O Sistema de Proteção Social dos Militares das Forças Armadas é o conjunto integrado de direitos, serviços e ações, permanentes e interativas, de remuneração, pensão, **saúde e assistência**, nos termos desta Lei e das regulamentações específicas. (grifo nosso).

A assistência médico-hospitalar aos militares das Forças Armadas e seus dependentes legalmente habilitados é regulamentada nos termos do Decreto nº 92.512 de 2 de abril de 1986, estabelecendo em seu art. 1º que esta assistência deverá ser prestada “*sob a forma ambulatorial ou hospitalar*” através das organizações de saúde relacionadas em seu art. 2º:

Art. 2º A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde:

I – dos Ministérios Militares;

II – Hospital das Forças Armadas;

III – de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes;

IV – do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato;

V – do exterior, especializadas ou não.

§ 1º **O estabelecimento de prioridade para a utilização das organizações de que trata este artigo será regulamentado em cada Ministério Militar**, observado o disposto neste decreto (grifo nosso).

Embora o Estatuto dos Militares mencione a proteção social à categoria militar como um “*conjunto integrado de direitos, serviços e ações (...) de remuneração, pensão, saúde e assistência*”, observa-se, na prática, que a integração mencionada diz mais respeito ao conjunto das tipologias de direitos e benefícios do que aos serviços prestados e ações realizadas entre as Forças Armadas.

Assim, a execução dos serviços de assistência social é realizada no âmbito de cada Força Singular, observadas suas peculiaridades. Essa configuração fragmentada entre os Comandos Militares fica evidenciada logo de partida, na leitura do § 1º do art. 2º, mencionado acima, uma vez que o dispositivo regulamenta que a escolha das modalidades mais adequadas de atendimento não é realizada pelo conjunto das Forças Armadas, mas leva em consideração as prioridades de cada Força Singular.

Esta configuração constitui resultado de uma série de particularidades, dentre as quais, a preservação de autonomia, o orçamento próprio, as peculiaridades e distribuição de quadros

de pessoal pelo território brasileiro, as especificidades dos serviços de saúde, que variam conforme o tipo de atividade realizada por cada Força Armada.

Mesmo compreendendo a relevância de conceitos tão caros às Forças, como sua autonomia em relação às demais Armas, em um cenário de contenção de gastos públicos e de otimização dos recursos, revela-se cada vez mais importante discutir os eventuais benefícios da constituição de um sistema de governança que alcance uma maior permeabilidade e cooperação entre as três Forças.

A cooperação entre as estruturas de assistência à saúde das Forças Singulares possui certo destaque no Decreto nº 95.512/1986, conforme previsão constante do art. 5º e parágrafo único:

Art. 5º Nas localidades onde não houver organização de saúde de seu Ministério, o militar e seus dependentes terão assistência médico-hospitalar proporcionada por organização congênere de outra Força Singular, quando encaminhados por autoridade competente.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste artigo aos casos em que, mesmo existindo organização de saúde de seu Ministério, existam razões especiais, relativas à carência de recursos médico-hospitalares ou a situações de urgência, que justifiquem o atendimento em organização de saúde que não a da própria Força.

Em que pese o destaque conferido pela normativa à hipótese de mútuo apoio entre as Forças para a prestação de assistência à saúde, nota-se que tais iniciativas são tratadas como hipótese excepcional, atendendo a situações em que não existam ou sejam limitadas as demais opções de acesso à assistência médico-hospitalar, permitindo inferir que este tipo de cooperação não se estenda à prestação de assistência em caráter rotineiro.

A configuração da governança necessária à prestação da assistência à saúde aos militares das Forças Armadas não se atém às relações de caráter estatal. Existe um importante ator, necessário ao funcionamento da atenção médico-hospitalar aos militares – a iniciativa privada. As organizações civis privadas de saúde constituem parceiros relevantes na atuação complementar ao serviço prestado no âmbito das próprias instituições militares de saúde.

O relacionamento com a iniciativa privada para a prestação dos serviços de saúde às Forças Armadas também é previsto pelas normas que regem o Sistema de Proteção Social aos militares. O art. 20 do Decreto nº 95.512/1986 disciplina:

Art. 20. Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para:

I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas;

II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde;

III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios. (grifo nosso).

Novamente não se observa dispositivo que vise à contratação unificada ou cooperativa de serviços privados de saúde, ficando a cargo de cada Comandante da Força, ou autoridades delegadas, estabelecer os critérios para a contratação de tais serviços. Neste sentido, o Decreto 95.512/1986 dispõe que:

Art. 7º A assistência médico-hospitalar aos militares da ativa ou na inatividade, em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, no País ou no exterior, por motivos médicos que transcendam à possibilidade de atendimento pelos seus sistemas, será autorizada:

I - pelo seu comandante, diretor ou chefe, ou autoridade militar para tal designada, mediante parecer de oficial médico subordinado ou de facultativo contratado, para organizações de saúde no País;

II - pelo Ministro de Estado da respectiva Força Singular, mediante parecer de seu Diretor de Saúde, para organizações de saúde no exterior.

§ 1º Os internamentos de emergências em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, que ocorrerem sem a autorização de que trata o item I deste artigo, poderão ser ratificados pela autoridade ali mencionada, desde que comprovada a urgência.

§ 2º A continuidade do tratamento dos casos especificados no parágrafo anterior, no que tange à permanência na organização estranha ou à remoção ou evacuação para as organizações das Forças Armadas, ficará condicionada à situação médica dos pacientes, **em conformidade com as normas específicas de cada Força.** (grifos nossos).

O custeio dos serviços de saúde, embora em termos gerais adote parâmetro comum às três Forças – fator de custo *per capita*; orçamento da União, específico para custeio de unidades militares de saúde; e complementaridade a partir dos Fundos de Saúde das Forças Armadas – possui características definidas por cada Comandante, no que tange aos percentuais de contribuição e parâmetros de assistência:

Art. 14. A contribuição de até três e meio por cento ao mês, para constituição do Fundo de Saúde, de cada Força Armada, será estabelecida pelo respectivo Comandante da Força.

Art. 15. O Fundo de Saúde de cada Força Armada será regulamentado pelo respectivo Ministro.

(...)

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata o artigo 11 deste decreto, destinados exclusivamente à assistência médico-hospitalar, serão geridos pelo respectivo Ministério, de acordo com regulamentação própria.

Embora marcada por significativa independência e autonomia, a prestação de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas possui aspectos que requerem a coordenação centralizada do atual Ministério da Defesa – denominado nos normativos mais antigos como Estado Maior das Forças Armadas -, demonstrando a existência de certo grau de interação entre os Comandos Militares quanto ao estabelecimento de parâmetros mínimos necessários à prestação dos serviços de saúde.

Exemplos desta interação podem ser verificados na responsabilidade pela definição dos recursos destinados ao custeio da assistência, conforme constante do Decreto 92.512/1986:

Art. 12. (...)

Parágrafo único. Os valores correspondentes ao Fator de Custos de Atendimento Médico-Hospitalar do Militar, bem como do dependente dos militares, serão fixados, anualmente, pelo Ministro de Estado Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, ouvidos os Ministros Militares.

(...)

Art. 16. Os recursos financeiros oriundos das Indenizações de que trata a letra "b" do item II do artigo 11 terão, como suporte, uma Tabela de Indenizações expressa em termos da Unidade de Serviço Médico (USM), aprovada e atualizada através de Portaria do Estado-Maior das Forças Armadas, ouvidos os Ministérios Militares através da Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA).

(...)

Art. 17. As indenizações de atos médicos, paramédicos ou de outra natureza, não constantes da Tabela de Indenizações, aprovada pelo Estado-Maior das Forças Armadas, serão calculadas pelo justo valor do material consumido ou fornecido ou aplicado no serviço prestado.

Da legislação vigente, pode se constatar a presença de partes interessadas marcadas por alto grau de autonomia – Comandos Militares –, de uma estrutura central de coordenação da política pública – Ministério da Defesa –, de parceiros da iniciativa privada em atuação complementar aos serviços prestados diretamente pelo Estado – organizações privadas de saúde – e de usuários e beneficiários da política de assistência à saúde – militares da ativa e da reserva, bem como seus dependentes e pensionistas.

Para melhor compreender as implicações relacionadas a uma dada política pública, além de identificar os atores envolvidos em sua elaboração e execução, faz-se necessário observar a forma de relacionamento entre as partes interessadas. Neste sentido, considera-se oportuno analisar as tipologias e aplicações das estruturas de governança.

2.2. ESTRUTURAS DE GOVERNANÇA – TIPOLOGIA E APLICAÇÕES

Bouckaert, Peters e Verhoest (2016) ressaltam a crescente necessidade e tendência de alinhamento entre as organizações do setor público em coordenação com outros segmentos da sociedade, sejam organizações com ou sem fins lucrativos. Para os autores, essa necessidade de extrapolar os limites entre Estado e sociedade sempre esteve presente, tornando-se cada vez mais reconhecida.

A maioria das iniciativas do governo possui elementos de parceria entre o setor público e o privado. Assim, pensar em modalidades de coordenação que permeiem Estado e

sociedade se torna muito importante. Segundo os autores, essa tendência, recentemente, passou a ser referenciada como “*governança*”.

Fiani (2011, p. 93), ao tratar da temática da governança, avalia que as instituições que visam ao desenvolvimento lidam constantemente com situações que envolvem complexidade; incerteza; riscos de atuação oportunista; especificidade estrutural e de investimentos; e racionalidade limitada dos indivíduos. Estas, entre outras variáveis apontadas pelo autor, constituem um ambiente em que se torna “*muito difícil acreditar em desenvolvimento como um processo que assumiria um caráter espontâneo, cooperativo e harmonioso*”.

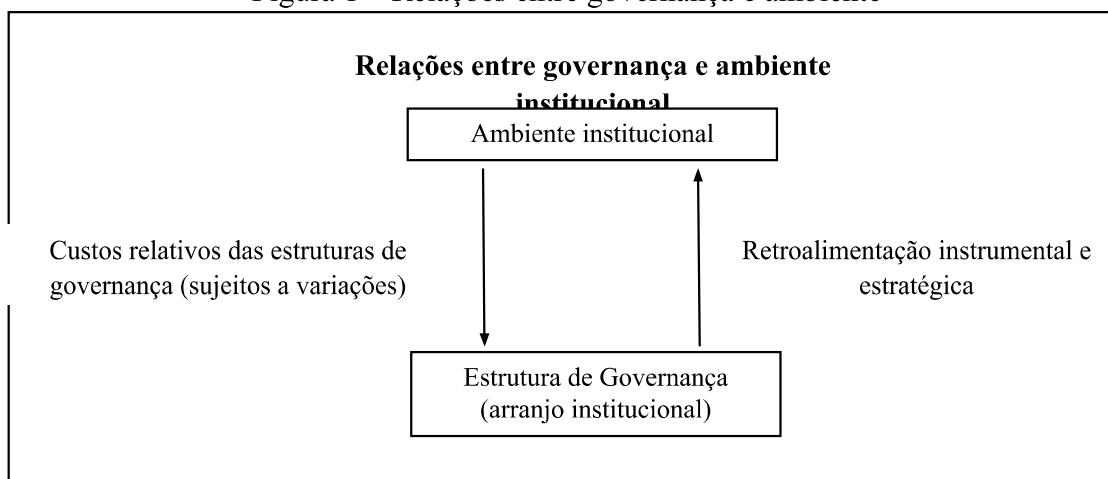
Destaca ainda a importância dos modelos de governança, os quais define como “*estruturas institucionais desenvolvidas por agentes para viabilizar as transações, reduzindo custos de transação associados*”. Para o autor, governança é

o conjunto de regras – instituições – que fornecem o arcabouço em que as transações se desenvolvem. As regras de uma estrutura de governança especificam quais os agentes envolvidos em uma transação, qual é o seu objeto (ou quais são seus objetos) e que tipo de interações pode haver entre os agentes no desenvolvimento da transação (FIANI, 2012, p. 94).

Tais estruturas se inserem no que o autor chama de ambiente institucional, formado por normas, leis, regulamentos. Este ambiente institucional afeta diretamente a criação das estruturas de governança, determinando seus parâmetros e custos. Logo, quanto mais sujeito a mudanças esteja o ambiente institucional, ou seja, quanto maior sua instabilidade, maiores os custos para a manutenção de uma adequada estrutura de governança.

Para Fiani (2011, p. 96), ambiente institucional e estrutura de governança constituem uma relação de retroalimentação, “*na qual se pode observar os efeitos diretos do ambiente institucional sobre as estruturas de governança e vice-versa*”.

Figura 1 – Relações entre governança e ambiente



Fonte: Fiani, 2011, p. 96.

Para o autor (2011, p. 100), as estruturas de governança possuem íntima ligação com o grau de especificidade dos ativos envolvidos na gestão, diferenciando-se conforme sua capacidade de “*promover adaptações cooperativas em ambientes sujeitos à incerteza primária e comportamental*”. Nessa gradação, identificam-se três tipos principais de estruturas de governança: hierarquia, mercado e rede.

A governança de mercado estaria mais afeta ao gerenciamento de ativos menos especializados, uma vez que suas regras possuem caráter geral, aplicáveis às mais diversas transações. Em regra, a governança de mercado não exigirá a presença de um terceiro que verifique a adequação da transação realizada, sendo a experiência dos partícipes suficiente para validá-la e concluí-la. Ademais, desse tipo de governança normalmente não resultam relações de longo prazo ou a manutenção de vínculos entre as partes, podendo as mesmas serem substituídas a qualquer tempo.

Neste tipo de configuração, são suficientes os instrumentos legais e contratuais para que a transação seja finalizada com relativa tranquilidade. Uma vez que não há relação de dependência entre os atores, os mesmos se adaptam de maneira autônoma, sendo desnecessária a presença de controles administrativos.

Na governança hierárquica encontra-se diametralmente o oposto: ativos extremamente especializados com elevado grau de interdependência entre os partícipes. Assim, a cooperação neste tipo de estrutura exige a presença de rígidos controles administrativos, não bastando a presença de incentivos, uma vez que a adaptação dos autores envolvidos não ocorre de forma autônoma.

Esta modalidade de governança exige adaptação coordenada, a partir de “*um esforço, consciente e deliberado, em elaborar mecanismos de coordenação interna que favoreçam a adaptação da transação a mudanças imprevistas*”, apoiando-se nos recursos conferidos pela relação de autoridade entre os atores envolvidos. Entretanto, a estrutura hierárquica apresenta complicadores como maiores custos com a manutenção do sistema de governança e a possibilidade de perdas de economia de escala (FIANI, 2011, p. 102).

A terceira tipologia destacada pelo autor é a governança em rede, marcada por uma configuração híbrida, que envolve tanto mecanismos encontrados na perspectiva de mercado quando no modelo hierárquico. Tal formato pressupõe a coexistência de mecanismos de incentivo e de controles administrativos, visando proporcionar tanto ferramentas de adaptação autônoma quanto coordenada, bem como a preservação de certa autonomia entre os atores.

Embora as tipologias sejam mencionadas como estruturas autônomas, tais configurações coexistem no funcionamento das organizações, combinando suas características e elementos. Neste sentido, não é possível falar em substituição de um paradigma por outro, sendo mais adequado avaliar o progressivo distanciamento entre as tradicionais estruturas hierarquizadas do Estado para configurações mais fluidas, com o envolvimento de múltiplos partícipes, a partir de diversos mecanismos de articulação com novos atores sociais que *“passam a ser reconhecidos como interlocutores e parceiros indispensáveis”* (PIRES e GOMIDE, 2018, p. 26).

Ressalta-se que esta gradação, mais ao espectro hierárquico ou ao de mercado não é estanque. Segundo Fiani (2011), quanto maior ou menor a presença de ativos específicos, complexidade e incerteza nas transações, maior ou menor a utilização de controles hierárquicos ou de incentivos à adaptação autônoma, aproximando-se a estrutura híbrida ora da governança hierárquica, ora da governança de mercado.

Quadro 1 – Atributos das estruturas de governança.

Atributos das estruturas de governança			
ATRIBUTOS	ESTRUTURAS DE GOVERNANÇA		
	Mercado	Híbridas	Hierarquias
Incentivos	Fortes	Moderados	Ausentes
Controles Administrativos	Ausentes	Moderados	Fortes
Adaptação Autônoma	Forte	Moderada	Ausente
Adaptação Coordenada	Ausente	Moderada	Forte

Fonte: Fiani, 2011, p. 102.

A assistência à saúde aos militares das Forças Armadas é prestada em uma estrutura de governança híbrida que integra tanto parceiros públicos quanto privados para a prestação de seus serviços de atenção à saúde. Identificar a configuração e nível de coordenação, cooperação e autonomia dos *stakeholders* presentes neste processo é um passo importante para melhor compreender seus entraves e perspectivas de melhoria.

2.2.1. Estrutura de Governança dos Serviços de Assistência à Saúde aos Militares das Forças Armadas

Para tratar da temática de coordenação e governança do serviço de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília, importa conhecer sua configuração organizacional e os atores que a compõem. Essa configuração de governança envolve: Ministério da Defesa como órgão central e vinculador dos demais, Comandos das Forças

Armadas, quais sejam, Exército, Marinha e Aeronáutica, Hospital das Forças Armadas e atuação complementar da iniciativa privada.

A estrutura organizacional do Ministério da Defesa está definida no Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018, o qual “*aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Defesa*”.

Estruturado em Secretarias, Departamentos e Divisões, a atividade de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas no Ministério da Defesa é gerida pela Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto - SEPESD, através de seu Departamento de Saúde e Assistência Social - DESAS.

Nota-se a existência de estrutura organizacional incumbida especificamente de gerir a assistência à saúde prestada aos militares. O Decreto nº 9.570/2018 estabelece em seu art. 43 as competências da Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto e no art. 46 enumera as atribuições do Departamento de Saúde e Assistência Social. De maneira similar, cada Força Armada possui um Departamento/Diretoria de Saúde subordinado à respectiva Diretoria de Pessoal ou equivalente, cujas competências estão elencadas no Anexo I.

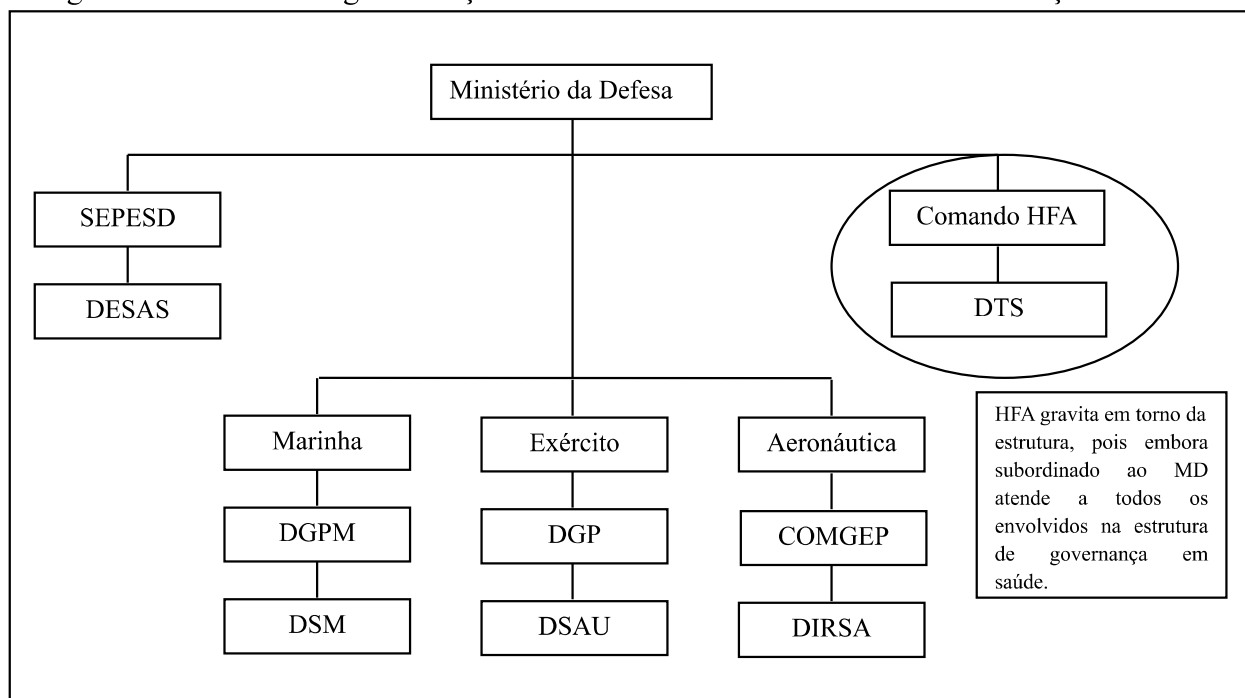
A subordinação entre as atividades de gestão de pessoal e dos serviços de saúde, embora possa parecer, em um primeiro momento, atípica, deve-se ao fato de que a prestação da assistência à saúde aos militares é realizada diretamente pelos Comandos Militares com pessoal próprio, sendo apenas complementada por atividades de terceiros externos à sua estrutura. Assim, a prestação do serviço de saúde está diretamente ligada à gestão do pessoal designado para sua execução.

Existe ainda uma dualidade na prestação da assistência à saúde aos militares das Forças Armadas, representada pelos eixos operacional e assistencial deste serviço. Além da típica prestação da assistência à saúde, em suas perspectivas preventiva e curativa, as Forças Armadas demandam o serviço do ponto de vista operacional, para efetivo funcionamento das tropas militares.

Para tanto, seus profissionais necessitam de formação especializada, não apenas nas atividades de saúde, mas também em habilidades de combate, uma vez que poderão ser designados para a atuação em ambientes de conflito e necessária pacificação de embates. Essa última vertente explica a relação entre a atividade de saúde e a de ensino, ambas geridas pela mesma Secretaria nesta pasta ministerial.

Da configuração exposta, obtém-se o seguinte desenho para a estrutura de governança em saúde no âmbito do Ministério da Defesa e respectivas Forças Armadas:

Figura 2 – Estrutura de governança da assistência à saúde aos militares das Forças Armadas



Fonte: elaboração própria, 2022.

Observa-se que a criação de Secretaria específica para a gestão de temática relacionada à saúde, dentre outras como Pessoal e Ensino, ocorre no ano de 2010, a partir da edição do Decreto nº 7.364, de 23 de novembro de 2010. Até então, essas atividades estavam abarcadas pela Secretaria de Organização Institucional – SEORI, em meio a diversas outras atribuições.

Esta separação de estruturas pode denotar a crescente importância da temática saúde no âmbito das Forças Armadas, embora o assunto ainda seja tratado no bojo de estrutura organizacional que cuide de áreas distintas como pessoal, ensino e desporto. É possível que a crescente importância e complexidade desta gestão alcem o tema saúde a uma gestão ainda mais especializada, fator que figurou entre as sugestões dos entrevistados desta pesquisa como perspectiva de melhoria da política de governança do serviço de saúde aos militares.

Gravitando em torno dos serviços próprios de saúde de cada Força, em uma tentativa de integrar parte das atividades de saúde, foi criado, através do Decreto nº 1.310, de 08 de agosto de 1962, o Hospital das Forças Armadas, diretamente vinculado ao Ministério da Defesa, com competências gerais regulamentadas pelo Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015, o qual estabelece:

Art. 1º O Hospital das Forças Armadas, integrante da estrutura básica do Ministério da Defesa, é hospital militar geral sediado em Brasília e tem as seguintes competências:

I - prestar assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar:

a) aos militares da ativa, da reserva e reformados, aos servidores da administração central do Ministério da Defesa e aos servidores e empregados públicos do próprio Hospital das Forças Armadas e da Escola Superior de Guerra e aos seus dependentes e pensionistas;

b) aos usuários dos Fundos de Saúde das Forças Armadas; e

c) a outras instituições autorizadas por convênios, contratos ou outros instrumentos legais;

II - cooperar com as autoridades civis e militares no que disser respeito à saúde pública;

III - realizar atividades de pesquisa médica;

IV - executar programas de ensino médico e de enfermagem, e programa de intercâmbio científico com associações médicas e entidades afins, no Brasil ou no exterior; e

V - realizar atos de gestão orçamentária e financeira das dotações sob sua responsabilidade.

Parágrafo único. A assistência médico-hospitalar prevista no inciso I do **caput** compreende:

I - o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação e a recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes;

II - os serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos; e

III - o fornecimento e a aplicação de meios, de cuidados e dos demais atos médicos e paramédicos necessários.

Com um orçamento superior a R\$ 537.465.212,85¹ para o custeio da política de saúde das Forças Armadas na Região de Brasília e promovendo a gestão de um público regional de mais de 150.000² usuários dos sistemas de saúde dos Comandos Militares, trata-se de uma complexa estrutura de governança que necessita combinar a atuação integrada de determinados atores, promovendo a otimização de recursos e insumos disponíveis, a uma coordenação que não resulte em limitação da autonomia e atuação singular de cada Comando Militar.

Conforme ensina Fiani (2011), dificilmente esta complexa relação será estabelecida espontaneamente entre as partes interessadas, uma vez que cada uma delas possui interesses e perspectivas próprias acerca da execução dos serviços de saúde. Assim, torna-se necessário o estabelecimento de instrumentos de coordenação que impulsionem as transações necessárias entre as partes, bem como esclareçam as responsabilidades e papéis dos interessados.

Os instrumentos utilizados para coordenação de políticas públicas podem ser formalmente instituídos ou ainda informais, mediante acordos e tratativas diretas entre os

¹ O valor do orçamento considera as informações do Hospital Militar de Área de Brasília – HMAB, Hospital da Força Aérea de Brasília – HFAB, informadas pelos Comandos Militares via Lei de Acesso à Informação, bem como as informações do Hospital das Forças Armadas disponibilizadas no <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2020/loa/volume-iv.pdf> . O Comando da Marinha não disponibilizou as informações relativas ao Hospital Naval de Brasília.

²O público estimado corresponde as informações de militares dos Comandos do Exército e da Aeronáutica, que fazem jus à assistência à saúde na região de Brasília, informadas pelos Comandos Militares via Lei de Acesso à Informação. O Comando da Marinha não disponibilizou as informações relativas ao público daquela Força.

atores. Considerando-se os princípios da publicidade e legalidade, intrinsecamente ligados ao exercício da Administração Pública, é comum o estabelecimento de instrumentos formais de coordenação e governança, o que não impede, na prática, a existência de acordos informais de vontades. Tais instrumentos podem ser caracterizados de diversas maneiras, conforme a natureza de sua instituição e finalidade, conforme se verificará das discussões expostas na Seção seguinte.

2.3.COORDENAÇÃO – IMPLICAÇÕES E CARACTERÍSTICAS

O tema coordenação de políticas públicas é alvo de ampla discussão na literatura sobre gestão governamental. Das teorias pontuadas sobre o assunto, constata-se a relevância do papel de coordenação central do Estado enquanto mediador dos processos de cooperação entre os órgãos e entidades, bem como entre Estado e outros segmentos sociais, com vistas a otimizar a alocação dos insumos necessários à prestação do serviço público.

Para Bouckaert, Peters e Verhoest (2016), a coordenação é um dos problemas mais antigos do setor público. Assim que as funções governamentais se tornaram suficientemente complexas ao ponto de exigir várias organizações para seu gerenciamento, a coordenação se tornou um problema.

Quanto mais o setor público evoluiu e ampliou suas funções, mais evidente se tornou a necessidade de incentivar ou coagir seus diversos órgãos e programas a trabalharem em convergência. O problema da coordenação, cada vez mais, passou a ser apontado como uma das causas-raízes para as inúmeras falhas da atuação governamental.

A política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas não foge ao cenário descrito. Se por um lado se trata de uma política pública bastante específica, destinada a um grupo focal de usuários, por outro envolve diversos atores para sua execução, dentre os quais podem ser mencionados o próprio Ministério da Defesa como órgão central; os Comandos das Forças Armadas e suas estruturas de pessoal e saúde; os administradores e contribuintes dos Fundos de Saúde das Forças Armadas; os hospitais militares; e, de maneira complementar, as organizações privadas de saúde que atendem às demandas resultantes da não absorção de procedimentos pela própria estrutura do Estado.

Embora se reconheça que a especialização é importante ao desempenho das atividades públicas, uma vez que oferece um referencial aos usuários dos serviços estatais, a existência de inúmeras organizações governamentais tende a criar problemas de coordenação e

coerência. Os governos são inerentemente multiorganizacionais e a especialização refletida em suas inúmeras tarefas frequentemente afeta a qualidade das decisões públicas (BOUCKAERT, PETERS e VERHOEST, 2016).

Os autores (2016) afirmam que a especialização inerentemente traz novas necessidades de coordenação. Estruturar organizações de acordo com o princípio da especialização aprimora a experiência em relação a essa função, contudo, caso prescindida da coordenação, provavelmente dificultará a prestação de serviços integrados e o ganho de escala em certos processos. Para O'Toole Junior (2010), o crescimento das demandas impostas à atuação pública tende a gerar conflitos de competência, sobreposições e desacordos, complicando a ação estatal que pode entrar em choque com outros atores e departamentos, causando ineficiência no serviço prestado.

No mesmo momento em que a especialização concentra seu conhecimento em um problema público ou em necessidades específicas de seus usuários, tende a segmentar (muitas vezes artificialmente) esses problemas, em vez de apresentar uma concepção mais integrada das causas e possíveis soluções. Por essa razão, os benefícios da especialização em tarefas públicas devem ser equilibrados com os benefícios que poderiam ser obtidos em uma abordagem mais unificada e holística de administração. Essa dissociação entre as atividades estatais pressionou o modelo de gestão pela retomada de uma cultura política mais homogênea (BOUCKAERT, PETERS e VERHOEST, 2016).

Para esclarecer a importância da coordenação para o desempenho da atividade governamental, cumpre esclarecer sua definição. Para Cavalcante, Gomide e Barbosa (2019), coordenação é o processo que busca o ajuste deliberado de atividades organizacionais em função de um objetivo comum. Bouckaert, Peters e Verhoest (2016) definem coordenação como um processo em que são utilizados instrumentos e estratégias para o alinhamento de organizações ou programas dentro do setor público, visando melhorar as ações voluntárias ou forçadas, de forma a criar uma maior coerência, reduzir redundâncias, lacunas e contradições dentro e entre políticas públicas, tanto em sua formulação como em sua implementação. Desta forma, são necessárias estratégias de colaboração e gestão entre unidades organizacionais distintas, visando o alcance de resultados que não poderiam ser alcançados por cada uma delas isoladamente (BAKVIS e JUILLET, 2004).

Cavalcante, Gomide e Barbosa (2019) consideram a coordenação como função essencial ao governo, constituindo mecanismo fundamental para gerenciar as complexas relações entre as unidades governamentais e evitar a fragmentação disfuncional das políticas públicas. A coordenação objetiva promover integração, ordenamento e colaboração. Seu

propósito fundamental seria evitar redundâncias desnecessárias, incoerências e fragilidades da atuação governamental, por meio do engajamento de estruturas e atividades, com a finalidade de alcançar objetivos comuns e reduzir sobreposições (BAKVIS e JUILLET, 2004). Sua operacionalização tenciona a busca pela convergência de operações, complementaridade de atividades e compartilhamento de informações (O'TOOLE JUNIOR, 2010).

Martins (2005) destaca que a abordagem cooperativa e coordenada para a execução de políticas públicas visa permitir que os sistemas institucionais e gerenciais atuem conjuntamente na formulação destas políticas, minimizando descoordenações e incongruências; assegurar que as políticas individuais não sejam internamente contraditórias, vencendo situações que se oponham ao alcance dos objetivos comuns; e promover ações sistemáticas que se reforcem mutuamente nos diferentes órgãos, criando sinergia entre estes.

Assim, destina-se a promover o apoio mútuo entre as políticas, evitando contradições e servindo de mecanismo para avaliação conjunta de políticas, a partir de seu direcionamento, revisão e adaptação às necessidades de uma sociedade em constante transformação. Neste sentido, o desafio de ampliar a efetividade das políticas públicas está diretamente relacionado à coordenação de tais serviços, à administração de suas complexidades e interconectividades e à coerência entre suas atividades.

A falta de coordenação adequada pode resultar em perda de efetividade no fornecimento de programas e serviços públicos. Poucos serviços são tão eficazes sozinhos que possam dispensar a interação com outros setores. Ainda assim, a coordenação é mais frequentemente vista como um custo real para a organização do que como um benefício em potencial (BOUCKAERT, PETERS e VERHOEST, 2016). Para promover uma maior integração entre as vontades para o alcance de um dado objetivo, o processo de coordenação deve estar instrumentalizado por ferramentas que estimulem ou sancionem os mecanismos de cooperação – os instrumentos de coordenação.

2.3.1. Instrumentos de Coordenação - Adaptação, Incentivos e Controles

Compreender as nuances e especificidades das estruturas de coordenação e governança adotadas na gestão da assistência à saúde das Forças Armadas constitui importante ferramenta para a proposição de novos olhares quanto aos instrumentos de adaptação, de incentivos e de controles utilizados nesta política. Conforme ensina Fiani (2011, p. 85):

em vez de buscarmos soluções gerais, que são fáceis, mas pouco eficazes, devemos reconhecer a necessidade de estudar as necessidades de cooperação e redução de conflitos de acordo com o tipo de situação. (...) Nesse estudo individualizado, devemos procurar identificar qual o arranjo institucional – (...) qual seria a estrutura de governança – mais adequado ao tipo de transação que se faz necessário.

Segundo Capella (2018, p. 74), parte importante da discussão relacionada ao desenho e à implementação das políticas do Estado envolve “*os meios que o governo tem a sua disposição*” para resolver os problemas públicos, ou seja, seus instrumentos. Assim, a seleção destas ferramentas deve considerar o tipo e o nível de relacionamento desejado entre os atores governamentais e os atores externos, sendo as alternativas pinçadas conforme o sistema de governança que se deseja estruturar.

Neste sentido, os instrumentos se destinam à condução das atividades e comportamentos de indivíduos e grupos envolvidos com a prestação do serviço público. Podem ser considerados como elementos definidores dos procedimentos a serem adotados pelo Estado, estabelecendo padrões institucionais e interferindo diretamente em sua atuação.

Capella (2018, p. 73) afirma que a instrumentalização das políticas públicas “*está relacionada à indicação de medidas concretas e procedimentos formais*”, bem como exemplifica sua ocorrência na “*criação de leis, alterações orçamentárias, estabelecimento de um conjunto de programas*”, entre outros.

Os instrumentos utilizados pelo poder estatal na condução de suas políticas são objeto de várias classificações pela literatura, a depender do foco da análise a ser empreendida. Embora didaticamente segmentados por tipo, tais ferramentas não são adotadas de forma excludente, sendo comum a combinação de diversas estratégias de condução. Embora consciente da complementaridade das ferramentas, Capella (2018) revisa a literatura acerca do tema e apresenta algumas categorizações.

Quadro 2 – Classificações dos instrumentos de políticas públicas, conforme Christopher Hood (1986) e Howlett e Ramesh (2003), citados por Capella (2018)

Classificação central (Christopher Hood - 1986)	Definição	Classificação decorrente (Howlett e Ramesh – 2003)	Definição decorrente (Howlett e Ramesh – 2003)	Exemplos	Vantagens	Limitações
Autoridade	Ferramentas relacionadas aos poderes legais decorrentes do papel do Estado.	Regulação	Ferramentas relacionadas à competência governamental para determinar ou orientar a execução de determinadas ações.	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema legal (normativo); - Aplicação de sanções; - Regulamentações administrativas (regras, padrões, permissões); - Outros controles sobre a vida econômica e social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor demanda por informações; - Menor custo para utilização; - Maior eficiência em relação a outros instrumentos não coercitivos; - Aprimora a coordenação e o planejamento; - Proporciona maior previsibilidade; - Rápida resposta social; - Segurança ao mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interferência no setor privado, podendo gerar ineficiência alocativa; - Pode inibir a inovação e o progresso tecnológico, por ser centrada na segurança dos processos conhecidos e normatizados; - Incapacidade para a individualização de demandas (caráter mais generalista); - Alto grau de inflexibilidade; - Custo elevado.
		Comitês consultivos	Ferramentas relacionadas à competência do Estado para envolver outros atores na centralidade do processo decisório, possibilitando fóruns de participação social.			
Tesouro	Ferramentas relacionadas à disponibilidade e utilização dos recursos financeiros do Estado.	-	Ferramentas relacionadas à capacidade de arrecadação e distribuição de recursos estatais.	<ul style="list-style-type: none"> - Disputas pela destinação de recursos; - Competição entre programas governamentais; - Alto custo para obtenção de informações e dimensionamento adequado dos incentivos; 		

						<ul style="list-style-type: none"> - Baixo custo de administração e controle; - Reduzido custo político; - Benefícios focalizados. - Facilidade de execução, pois utiliza sua própria estrutura; - Demandam menor supervisão, monitoramento e controle (em relação às atividades prestadas em parceria com atores externos); - Capacidade de reunião de tarefas, competências, recursos e informações; - Pode simplificar o processo normativo, pois exige coordenação apenas no âmbito interno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode não produzir resultados imediatos; - Inadequado para situações emergenciais; - Geram dependência e são de difícil descontinuidade; - Rigidez da estrutura; - Apego aos procedimentos; - Grande consumo de tempo e processos internos de negociação; - Possibilidade de ingerência política; - Pressão de atores políticos, gerando diretrizes incoerentes ou contraditórias.
Organização	<p>Ferramentas relacionadas ao complexo de estruturas organizacionais à disposição da atividade governamental.</p> <p>-</p>	<p>Ferramentas relacionadas aos recursos à disposição do aparato estatal, envolvendo suas estruturas organizacionais (estrutura burocrática).</p> <p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Provisão direta de serviços públicos; - Criação de estruturas de administração indireta; - Reorganizações e reformas institucionais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não exige significativo dispêndio de recursos financeiros ou a mobilização de grandes estruturas burocráticas; - Ferramenta alinhada aos valores da democracia, diálogo e livre escolha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não possibilita a obtenção de resultados imediatos; - Problemas complexos necessitam de sua combinação com outros instrumentos disponíveis. 		
Nodalidade	<p>Ferramentas relacionadas à posição de centralidade do Estado, assegurando seu acesso a um conjunto de informações sobre os problemas públicos.</p> <p>-</p>	<p>Ferramentas relacionadas ao amplo acesso estatal a informações sobre problemas públicos, permitindo a mobilização de recursos diversos.</p> <p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de campanhas públicas de esclarecimento sobre informações de natureza geral, sobre programas governamentais, resultados da atuação estatal; - Estratégias de comunicação com 				

					<p>grupos sociais específicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação persuasiva, visando evitar comportamentos indesejados; - Mudança de percepção dos atores envolvidos com a produção de políticas públicas; - Transformação de dados dispersos em informação útil para o processo decisório; - Definição de procedimentos para organização de informações. 		
--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: CAPELLA, 2018

Quadro 3 - Classificação dos instrumentos de políticas públicas, conforme Schneider e Ingram (1997), citados por Capella (2018).

Classificação	Definição	Resultados esperados	Características
Autoridade	Envolvem aspectos relacionados à legitimidade estatal, a partir da produção de normas.	- Cumprimento de ordens pelo público-alvo da normatização; - Reconhecimento da legitimidade do Estado para impor regras sociais; - Uniformidade e redução de variações na atuação governamental.	- Demandam coerção; - Constante fonte de tensão entre Estado e destinatários da ação.
Incentivos e sanções	Envolve aspectos destinados à condução do comportamento dos indivíduos a partir da perspectiva de ganhos ou perdas	- Incentivos positivos objetivam estimular comportamentos benéficos, enquanto as sanções pretendem atuar como desestímulo ao comportamento indesejado.	- Menor custo comparado a outras ferramentas; - Estimula a conformidade do público-alvo aos comportamentos desejados.
Construção de capacidade	Envolve instrumentos que buscam o esclarecimento, a eliminação de barreiras cognitivas e o empoderamento de agentes e população.	- Maior conhecimento e capacidade de desenvolvimento dos agentes públicos e da sociedade.	- Utiliza estratégias como treinamento, assistência técnica, educação e informação.
Exortatórias	Relacionados a declarações, discursos e campanhas públicas baseadas na persuasão.	- Convencimento do público-alvo para a adoção ou evitação de determinados comportamentos.	- Atuam a partir da utilização de imagens, símbolos e valores.
De aprendizado	Relacionados ao estímulo da aprendizagem a partir de comportamentos realizados no passado.	- Ação para resolução de problemas, sobretudo em situações de incerteza ou quando não há acordo sobre a solução a ser adotada.	- Proporciona padrões de mudança e inovação.

Fonte: Capella, 2018.

Outro aspecto discutido na citada revisão de literatura diz respeito aos fatores que impulsionam as escolhas de determinados instrumentos e suas combinações. Dentre as motivações para a seleção de alternativas está a crescente interação entre governo e demais segmentos sociais, resultando na expansão das ferramentas tradicionalmente utilizadas, bem como na criação de instrumentos customizados para as variadas formas de relacionamento entre público e privado.

A denominação mencionada por Capella (2018, p. 89) para este fenômeno é “*nova governança*”, paradigma que ressalta a “*relevância dos estudos sobre os instrumentos como chave para o entendimento dos processos recentes de transformação da atuação governamental*”.

A Seção de Resultados – Seção 3 – discute os achados encontrados por esta pesquisa, aborda especialmente as ferramentas classificadas como de autoridade, uma vez que esta se apresentou como a principal estratégia de coordenação adotada pela estrutura de coordenação da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília. Notadamente foram observadas as tipologias de regulação mediante atos normativos; o estabelecimento de comitês consultivos; a utilização de ferramentas de tesouro; e a organização, mediante a criação de estruturas organizacionais especializadas nas temáticas de saúde.

O emprego adequado dos instrumentos de coordenação, adaptando-os ao caso concreto da estrutura de governança a qual se deseje gerir, pressupõe a capacidade estatal de coordenar, gerenciar e estabelecer acordos adequados à representatividade das vontades e interesses das partes envolvidas. Envolve ainda a capacidade de promover os estímulos ou sanções necessários à execução de políticas mais integradas e colaborativas. Portanto, para um adequado processo de coordenação, o Estado deve estar dotado de capacidades estatais subjacentes à atividade de governança.

2.4.CAPACIDADES ESTATAIS

O papel das instituições governamentais responsáveis pela implementação das políticas públicas não é trivial, constituindo uma posição bastante difícil, em meio a processos políticos cada vez mais complexos. Ao mesmo tempo em que trabalham para o atendimento das necessidades das autoridades políticas às quais estejam subordinadas, também devem atuar visando a coordenação de seus próprios departamentos e estruturas. E, de modo paralelo, necessitam agir externamente junto às inúmeras partes interessadas na execução da política pública, tentando equilibrar as visões dos múltiplos atores e ainda manter o compromisso com um interesse público mais amplo (PETERS, 2015).

As crescentes necessidades de coordenação intergovernamental e governança decorrem de um contexto de políticas de governo que, cada vez mais, interferem e sofrem interferência de diversos atores (GRIN, 2016). Na medida em que o governo é instado a atuar em escalas maiores de complexidade, crescem também os desafios para a formulação, implementação e gestão de políticas públicas eficazes (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015). Assim, despontam como fundamentais as capacidades do Estado para a coordenação e governança políticas públicas sob sua responsabilidade.

As capacidades estatais representam “*as habilidades e as competências do Estado para estabelecer seus objetivos e realizá-los*” diretamente e/ou mediante interação com diferentes segmentos sociais (PIRES e GOMIDE, 2018, p. 26). Tais capacidades representam uma determinante crucial para o tratamento dos problemas públicos (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

Capacidades estatais podem ser definidas como a aptidão de criar, armazenar e organizar os recursos necessários às escolhas coletivas inteligentes (PAINTER e PIERRE, 2005), como a habilidade do Estado para tomar decisões, analisar informações, aplicar métodos e técnicas de modelagem, sendo considerada como uma das competências essenciais ao sucesso da governança (HOWLETT, 2009). Tais capacidades são necessárias à construção de confiança entre os atores individuais e organizações, que avaliam a credibilidade das intervenções políticas com base em seu desempenho (HSU, 2015).

A presença de altos níveis de capacidade governamental pode ser diretamente relacionada à qualidade de seus produtos e resultados, enquanto os deficits de capacidades podem resultar no fracasso de políticas públicas ou resultados abaixo do ideal (FUKUYAMA, 2013). Capacidades estatais podem ser compreendidas ainda como a destreza para selecionar as opções mais adequadas à execução de políticas públicas, a partir do uso eficaz da comunicação e do gerenciamento das partes interessadas (HOWLETT, 2009).

2.4.1. Capacidades Estatais – Classificações

Uma vez que as relações que permeiam as políticas públicas ultrapassam a esfera interna aos governos, alcançando as dimensões de mercado e sociedade, esta discussão passa a se relacionar diretamente com o conceito de governança, pois as relações entre Estado e sociedade civil se tornam, cada vez mais, fundamentais para a execução das políticas de governo (HUERTA, 2008).

A análise multidimensional das capacidades estatais relacionadas à governança de determinada política pública permite entender melhor as falhas que se tornam recorrentes na atuação governamental, compreendendo-se que embora as políticas públicas exijam a aplicação de habilidades analíticas, operacionais e políticas, nem todas estas capacidades serão exigidas ao mesmo tempo, nos mesmos níveis e em igual medida nas diversas fases da atuação estatal (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

A depender do aspecto analisado em relação à política pública, certas capacidades possuirão maior ênfase, com base na tarefa ou função executada. Assim, faz-se adequada a identificação clara das capacidades requeridas por determinado estágio ou política pública, bem como quanto àquelas que são críticas ao processo. O levantamento e análise das habilidades necessárias aos diversos estágios da política pública visa evitar que algumas capacidades sejam ignoradas ou que tenham seus impactos incorretamente avaliados.

Para melhor compreender a natureza das capacidades estatais, a literatura empreende análises quanto à sua definição e componentes, propondo classificações para suas tipologias. Vaz (2018) propõe a divisão das capacidades de Estado em capacidades burocráticas e capacidades socioestatais. A capacidade burocrática está relacionada à prestação do serviço público por um corpo burocrático especializado, dotado de autonomia e habilidades técnicas.

A capacidade socioestatal, por sua vez, considera o nível e o tipo de relação existente entre os agentes públicos e os demais atores envolvidos na realização de um programa ou projeto público, sejam estatais ou outros provenientes dos segmentos sociais externos ao governo. Segundo esta perspectiva de análise, a conexão entre as partes interessadas tende a diminuir os custos de transação necessários à implementação e gestão de políticas públicas, propiciando condições mais favoráveis para o alcance dos resultados desejados.

A execução das políticas públicas nem sempre ocorre de maneira harmoniosa, resultando na presença de custos transacionais decorrentes do relacionamento entre as partes interessadas. Custos transacionais seriam aqueles que ultrapassam as fases de concepção e planejamento das ações governamentais, estando mais voltados às etapas de negociação e garantias de cumprimento dos acordos pelos atores envolvidos na implementação da política pública. Dentre os custos transacionais diretamente relacionados à coordenação e governança de políticas públicas, estão a dispersão decisória e a entropia burocrática (VAZ, 2018). A dispersão decisória se refere à quantidade de atores envolvidos nas negociações necessárias à tomada de decisão sobre a política pública.

Envolve tanto as diversas áreas da burocracia que atuam para a consecução do objetivo público, quanto os múltiplos particulares interessados na execução da política, que atuam de forma a influenciar em sua execução. O principal custo de transação apontado no processo de dispersão decisória é a significativa necessidade de esforços direcionados à coordenação de interesses, utilizando-se de instrumentos (normativos e regras) desenvolvidos para cada tipo de relacionamento público-público e público-privado.

Outro custo transacional relacionado à governança e à coordenação de esforços em torno das políticas públicas é a entropia burocrática, característica que permite melhor

compreender o nível de contato existente entre os atores internos ao governo (estatais) e entre estes e os partícipes externos à atuação estatal (privados).

A intensidade e o tipo de relacionamento entre estas partes influenciam diretamente as decisões do setor público. Quando bem gerido, este relacionamento pode acelerar a execução da política pública. O maior custo de transação provocado pela entropia burocrática está no risco de perda de potencial da ação governamental, seja por uma burocracia autorreferenciada, seja por uma configuração de dependência dos arbítrios da esfera privada (VAZ, 2018).

Neste sentido, infere-se que a adequada gestão do relacionamento público-privado permite mitigar os custos transacionais relacionados à dispersão decisória e à entropia burocrática. No que tange à dispersão decisória, facilita a negociação e coordenação entre os *stakeholders* da política pública, uma vez que incentiva o desenvolvimento de instrumentos customizados e a conciliação de interesses. Em relação à entropia burocrática, a constante e adequada interação entre os atores da política tende a capacitar o corpo burocrático para o desenho e execução de políticas que privilegiem configurações mais abertas, integradas e transparentes.

Segundo a classificação proposta por Pires e Gomide (2018, p. 28), as capacidades estatais devem ser avaliadas a partir de duas perspectivas:

- i) técnico-administrativa, que envolve as capacidades derivadas da existência e do funcionamento de burocracias competentes e profissionalizadas, dotadas dos recursos organizacionais, financeiros e tecnológicos necessários para conduzir as ações de governo de forma coordenada;
- ii) político-relacional, associadas às habilidades e aos procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas, visando à construção de consensos mínimos e a coalizões de suporte aos planos, aos programas e aos projetos governamentais.

Assim, conhecer os processos de interação entre os atores de determinada política pública, bem como compreender os instrumentos de mediação capazes de promover convergência de interesses, possibilitam estabelecer arranjos institucionais que permitam “*estruturar a ação coletiva para lidar com o problema público*”. Desta forma, o sucesso de tais configurações tende a produzir as “*capacidades técnico-administrativas e político-relacionais necessárias à produção dos resultados esperados*” (PIRES e GOMIDE, 2018, p. 27).

Traçando-se um paralelo entre as classificações propostas por Vaz (2018) e por Pires e Gomide (2018), obtém-se uma equivalência conceitual entre capacidades burocráticas e técnico-administrativas, e entre as capacidades socioestatais e político-relacionais. Embora com focos de análise distintos quanto ao público a que se destinam e, por vezes, quanto aos

instrumentos que utilizam, as duas tipologias podem ser analisadas de forma complementar e simultânea.

A análise dos achados desta pesquisa, proposta na Seção 3, estará focada nas abordagens de capacidades estatais de características socioestatais e político-relacionais, buscando melhor compreender as relações existentes entre os atores responsáveis pela condução da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília.

Uma terceira vertente de análise a ser considerada é a apresentada por Wu, Ramesh e Howlett (2015), que propõe a avaliação das políticas públicas a partir das chamadas capacidades estatais analíticas, operacionais e políticas. Os autores apresentam a análise de cada um destes eixos sob as perspectivas: individual, organizacional e sistêmica, resultando em uma matriz com nove tipologias básicas de capacidades de governo:

Quadro 4 – Matriz para análise de capacidades estatais proposto por Wu, Ramesh e Howlett (2015).

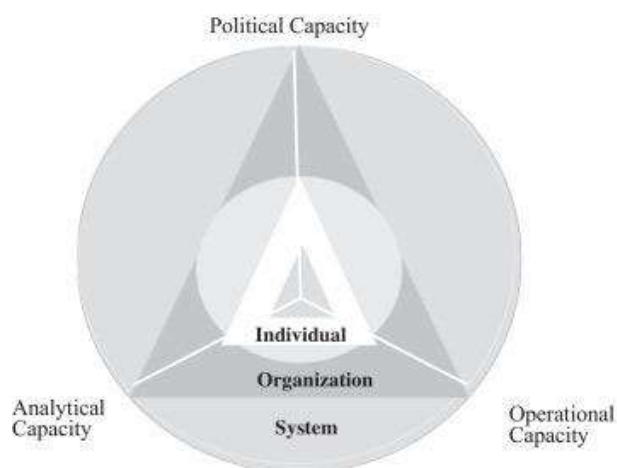
Níveis de recursos e capacidades	Competências e habilidades		
	Analítico	Operacional	Político
Individual	Capacidade analítica individual	Capacidade operacional individual	Capacidade política individual
Organizacional	Capacidade analítica organizacional	Capacidade operacional organizacional	Capacidade política organizacional
Sistêmico	Capacidade analítica sistêmica	Capacidade operacional sistêmica	Capacidade política sistêmica

Fonte: WU, RAMESH e HOWLETT, 2015.

Para os autores, a utilidade desta classificação consiste no fato de que ela pode ser aplicável ao entendimento de qualquer função, estágio ou tarefa no ciclo das políticas públicas, como definição de agenda, formulação, decisão, implementação e avaliação, reconhecendo que a capacidade estatal utilizada em um dado momento da política, não necessariamente corresponderá à capacidade necessária em outro estágio, não garantindo que o desempenho eficaz em uma etapa constituirá o sucesso das demais.

Por outro lado, esta análise matricial permitiria reconhecer características que permitam o compartilhamento de capacidades comuns requeridas pelos diversos estágios de uma tarefa do Estado (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015). Assim, os autores propõem o seguinte modelo para análise de capacidades estatais:

Figura 3 – Modelo aninhado de capacidades estatais proposto por Wu, Ramesh e Howlett, 2015



Fonte: WU, RAMESH e HOWLETT, 2015.

Este modelo de análise de capacidades estatais permitiria sua aplicação não só nas instituições do Estado, como em esferas não governamentais - partidos políticos, ONGs, empresas privadas e organizações internacionais, reconhecendo que estas estruturas afetam diretamente o desempenho do próprio governo, devendo esses lócus também ser desenvolvido, analisado e conhecido para o bom resultado das políticas públicas.

As combinações de capacidades estatais (habilidades e recursos) em cada nível (individual, organizacional ou sistêmico), afetam-se mutuamente, garantindo a solidez das políticas públicas e contribuindo para o alcance dos objetivos governamentais. A criticidade de cada componente, bem como sua presença nas diversas combinações varia a depender do estágio ou tipo de política pública implementada. Assim, a categorização das capacidades estatais críticas em determinado processo oferece vantagens à aplicação de seu conceito na prática, permitindo melhor compreender como as habilidades governamentais são afetadas em processos diferentes (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

O detalhamento da matriz de análise proposta por Wu, Ramesh e Howlett (2015) consta do quadro a seguir:

Quadro 5 – fatores que integram as dimensões de análise das capacidades estatais

Capacidades	Dimensões	Detalhamento
--------------------	------------------	---------------------

Analítica	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários com capacidade analítica e habilidade em acessar e aplicar o conhecimento técnico-científico, com vistas à implementação de políticas públicas com um bom custo-benefício; • Presença de funcionários envolvidos com a política pública que tenham a capacidade de absorver e processar informações relacionadas à formulação, tomada de decisões, implementação e avaliação de políticas públicas.
	Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de estrutura organizacional com sistemas e processos capazes de coletar, analisar e disseminar dados colhidos ou produzidos por indivíduos com habilidades analíticas; • Capacidade de análise e disponibilidade de dados em tempo oportuno e de forma sistemática.
	Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de instalações científicas, estatísticas e educacionais que permita o acesso às informações de alta qualidade pelos formuladores da política pública, para o desempenho de suas funções analíticas e gerenciais; • Educação coletiva e treinamento em políticas públicas, coleta contínua de informações e disseminação dos dados de políticas públicas.
Operacional	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento individual de funções essenciais à política pública; • Atuação de gerentes que consigam conciliar o papel de liderança em um contexto de reformas administrativas e burocráticas que exigem habilidades técnicas e de eficiência.
	Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de organização interna das instituições governamentais e do ambiente político-institucional em que trabalham; • Relacionamento entre as instituições governamentais e os demais atores envolvidos na política pública; • Capacidade de treinamento e fomento às aspirações dos funcionários sob sua responsabilidade.
	Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de coordenação de esforços governamentais e não governamentais para a resolução de problemas coletivos; • Liderança, visão compartilhada, construção de constituintes, aprofundamento de pesquisas sobre políticas públicas e discussões inclusivas.
Política	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • “Perspicácia política” - habilidade para a coordenação de atores políticos individuais, dentro e fora da arena política; • Habilidade de identificar outros atores-chave para o processo, compreendendo e acolhendo seus interesses e ideologias essenciais; • Compreensão dos <i>trade-offs</i> políticos necessários ao acordo entre ideias conflitantes.

	Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Relações de aprendizagem com parceiros de governança e com a sociedade, fazendo com que estes atores se concentrem em um problema público, contribuindo para sua resolução; • Comunicação bidirecional entre Estado-sociedade; • Contribuição e monitoramento da atuação governamental, em diálogo com o Estado sobre as questões que influenciam os resultados políticos.
	Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • A mais ampla das nove tipologias estabelecidas pela matriz, permitindo a modelagem das demais; • Constitui o ambiente que envolve todas as atividades governamentais, dirigindo e conduzindo a execução das diversas habilidades e capacidades estatais; • Traduz-se pelo nível de confiança nas esferas política, social, econômica e de segurança da ação governamental.

Fonte: WU, RAMESH e HOWLETT, 2015.

Traçando-se um paralelo entre a matriz adotada por Wu, Ramesh e Howlett (2015) em função das classificações de capacidades estatais utilizadas por Vaz (2018) e por Pires e Gomide (2018), pode-se obter a seguinte relação de análise:

Quadro 6 – comparativo entre as classificações de capacidades estatais propostas por Wu, Ramesh e Howlett (2015), Vaz (2018) e Pires e Gomide (2018)

Comparativo (equivalência) entre as classificações de capacidades estatais			
Dimensões propostas por Wu, Ramesh e Howlett (2015)		Dimensões propostas por Vaz (2018)	Dimensões propostas por Pires e Gomide (2018)
Analítica	Individual	Burocrática	Técnico-administrativa
	Organizacional		
	Sistêmica		
Operacional	Individual	Burocrática	Técnico-administrativa
	Organizacional	Socioestatal	Político-relacional
	Sistêmica		
Política	Individual	Socioestatal	Político-relacional
	Organizacional		
	Sistêmica		

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Observa-se uma gradação entre as capacidades estatais, partindo daquelas puramente burocráticas e técnico-administrativas no quadrante superior, seguidas de um intervalo no qual as capacidades técnico-administrativas se mesclam às socioestatais ou político-relacionais no quadrante mediano, chegando àquelas mais caracteristicamente relacionais no quadrante

inferior, permitindo maior clareza quanto às capacidades requeridas e que necessitam ser desenvolvidas em cada fase da política pública.

Considerando-se as dimensões e níveis de análise propostos por Wu, Ramesh e Howlett (2015), a Seção 3 – Resultados – observará as características relacionadas à dimensão operacional dos níveis organizacional e sistêmico, bem como as dimensões individual e operacional do nível político, ou seja, as classificações ligadas aos paradigmas socioestatais e político relacionais de Vaz (2018) e de Pires e Gomide (2018), respectivamente.

2.4.2. Capacidades Estatais – Fatores de Influência

Faz-se importante considerar também os fatores e recursos que podem afetar o desempenho das capacidades estatais. Wu, Ramesh e Howlett (2015) mencionam como fatores de influência mais recorrentes:

Quadro 7 – fatores de influência sobre as capacidades estatais segundo Wu, Ramesh e Howlett (2015)

Dimensões	Fatores e recursos com influência sobre a capacidade estatal
Individual	Habilidades e competências apresentadas por atores individuais e institucionais – formuladores, gestores e analistas de políticas públicas; condução da política pública; liderança; conhecimento sobre a política; habilidades em análise e avaliação de políticas; experiência gerencial.
Organizacional	Pessoal disponível e recursos financeiros; disponibilidade e infraestrutura de informações; sistemas de gestão de recursos humanos e financeiros; definição adequada de papéis, estímulo e motivação às equipes.
Sistêmica	Apoio e confiança dos líderes políticos e da sociedade em geral, segurança do sistema social, político e econômico no qual operam.

Fonte: WU, RAMESH e HOWLETT, 2015.

Por sua vez, Peters (2015) elenca como aspectos que impactam as capacidades estatais das organizações públicas as seguintes variáveis:

Quadro 8 – fatores de influência sobre as capacidades estatais segundo Peters (2015)

Variável	Influência sobre a capacidade estatal
Autonomia	O nível de autonomia conferido às organizações públicas influencia diretamente no desenvolvimento de suas capacidades para implementação e execução de políticas públicas.
Estruturas e Instituições Políticas	A forma como a arena política se comporta pode determinar o nível de capacidades estatais existentes em uma organização. O cenário político pode tanto fornecer um ambiente de maior apoio, como pode caracterizar uma fonte adicional de controle, reduzindo a autonomia das organizações públicas.

Pessoal	A capacidade das organizações públicas também é influenciada pela natureza do pessoal existente nessas organizações, como o tipo de educação e carreira que seu pessoal possui. Por exemplo, funcionários mais generalistas podem gerar menos expertise em determinada situação. Entretanto, a contratação de funcionários especialistas pode gerar maior insulamento burocrático.
---------	--

Fonte: PETERS, 2015.

A literatura sugere que a distribuição de capacidades estatais também possua variações em função de suas estruturas organizacionais e temáticas. Assim, o setor financeiro, por exemplo, estaria mais dotado à aplicação de técnicas de avaliação de políticas mais sofisticadas, enquanto setores de políticas sociais raramente consigam se utilizar de tais técnicas, em função de diversos fatores como ausência de pessoal qualificado, orçamento, habilidades e treinamento de seus analistas (HOWLETT, 2009).

As organizações podem ainda trocar conhecimento por outros recursos dos quais necessitam: orçamento, pessoal, tempo legislativo, etc, com vistas ao atingimento de seus objetivos organizacionais. Embora o excesso deste tipo de comportamento, em uma postura autorreferenciada, possa ser considerado prejudicial, a capacidade de utilizar as informações e experiência em dada política pública para o atingimento de interesses organizacionais deve ser considerada como uma dimensão do comportamento político das organizações públicas (PETERS, 2015). Observa-se assim que o gerenciamento consciente das capacidades estatais em prol de uma configuração mais cooperativa de relacionamento é importante ferramenta para o processo de coordenação e governança de políticas públicas.

2.4.3. Capacidades Estatais – Relacionamento com os Conceitos de Coordenação e Governança

A análise das capacidades estatais constitui preocupação legítima, uma vez que seu adequado exercício está associado à articulação de metas governamentais alcançáveis e à formulação de políticas públicas resistentes (HOWLETT, 2009). Assim, as capacidades estatais podem ser consideradas como pré-condições para que um governo faça escolhas políticas sólidas, implementando-as de forma eficaz e com vistas ao atingimento de seu potencial de governança (HOWLETT e RAMESH, 2014).

As capacidades necessárias à governança de políticas públicas envolvem a habilidade para a coordenação dos atores necessários à sua execução. A liderança necessária à coordenação de políticas públicas e à governança dos atores envolvidos nas políticas estatais

não resulta de um processo individual, mas um esforço coletivo, dependente de parcerias eficazes entre alto escalão e gestores da política pública (TIERNAN, 2015).

Toda política pública possui uma dimensão relacional, especialmente forte nas políticas que exigem redes complexas de dependência compostas por uma ampla gama de organizações para seu funcionamento,. Neste contexto, a governança exige a compreensão da atuação conjunta e da dependência mútua (TIERNAN, 2015).

A execução de determinada política pública depende não somente das capacidades estatais internas à estrutura que a desempenha, mas também do nível de competição e colaboração de outros atores da sociedade que influenciem aquela política. Uma instituição que enfrente grupos sociais organizados, partidos políticos e o parlamento, pode ter menos sucesso na formulação de políticas do que outra com menor capacidade, mas que detenha o monopólio de determinada política (PETERS, 2015).

A participação de múltiplos atores pode contribuir para um modelo de deliberação e análise que permita ampliar a capacidade estatal em toda a sociedade, melhorando o fornecimento de informações, a construção de relações mútuas de confiança que viabilizem a resolução de conflitos em contextos de mudança e o consenso sobre ações de governança (HSU, 2015).

Outra questão importante a se considerar na capacidade de formulação das políticas públicas são os processos implementados e suas mudanças. As organizações possuem compromissos com as políticas públicas e muitas vezes consideram as ideias de mudanças propostas pelos atores políticos como equivocadas, podendo utilizar seus recursos para evitar ou retardar a alteração das políticas públicas. A atuação da organização em nível de rua – ou seja, diretamente na execução da política – pode entrar em conflito com as ideias políticas vindas de outras instâncias decisórias (PETERS, 2015).

O ideal é que ocorram interações contínuas entre essas atividades e os demais níveis da organização. Caso estas interações não aconteçam de modo eficaz, pode ocorrer uma superestabilidade das estruturas, resultando em rigidez e ausência de capacidade adaptativa. Ou seja, embora seu compromisso contínuo com programas e ideais específicos possa ser útil às organizações como atores políticos, eles também devem ser capazes de mudança e adaptação. Do contrário, a rigidez excessiva pode levar à irrelevância se a organização não aprender a se adaptar. (PETERS, 2015).

Assim como as organizações detém diversas habilidades e recursos para a formulação de políticas públicas, existe também uma série de desafios ao tentar executar sua política pública, os quais demandam a construção de novas capacidades organizacionais, de modo a

permitir o planejamento e execução de políticas mais integradas em todo o setor público. Os benefícios advindos da atuação como instituições individualizadas, por vezes tornam mais difícil o alcance de uma adequada governança e da formulação de políticas mais abrangentes. (PETERS, 2015).

A capacidade de governança vai além das habilidades individuais e organizacionais para incluir capacidades gerenciais que permitem que os recursos estatais sejam mobilizados em favor das políticas públicas. A capacidade de governança está relacionada com os níveis de confiança interorganizacional e a abertura da comunicação, tanto dentro do próprio governo, como com a comunidade externa ao governo. Além disso, faz-se necessário um sistema que financie adequadamente as ações públicas, dentro e fora do Estado. (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

Gerenciar a mistura de burocracia, mercados e redes requer novas habilidades como meta-governança, abrangência de limites e liderança colaborativa. Gerenciar questões e relacionamentos complexos e não rotineiros exige capacidade de delegação e coordenação. A hierarquia tradicional nem sempre funciona em um contexto no qual autoridade e responsabilidade estão dispersas e distribuídas (TIERNAN, 2015).

A avaliação quanto à adequada distribuição das capacidades para o desempenho das políticas públicas entre atores governamentais e não governamentais também é uma questão importante para a pesquisa contemporânea acerca das capacidades estatais, requerendo coordenação suficiente para garantir que a atuação de cada partícipe seja relevante e oportuna (HOWLETT, 2009).

Assim, a capacidade de governança envolve três grandes componentes: 1) sistemas e estruturas devidamente estabelecidos, incluindo treinamento e desenvolvimento de pessoal, recrutamento e existência de sistemas de carreira que promovam a competência; 2) coordenação de esforços governamentais e não governamentais para a resolução de problemas coletivos e o gerenciamento de relações com empresas e organizações da sociedade civil; 3) sistema jurídico-administrativo que permita aos órgãos públicos a discricionariedade para realizar suas funções, identificado pela presença de leis e regulamentos que normatizem os sistemas administrativos envolvidos na política pública (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

A capacidade estatal para a governança possui ainda três dimensões: 1) capacidade gerencial, no nível individual, interpretada como a capacidade de desempenhar as principais funções gerenciais de planejamento, gestão de recursos humanos, orçamento e direção, envolvendo ainda as habilidades de comunicação, liderança e trabalho em equipe; 2) capacidade administrativa, no nível organizacional, que inclui a disponibilidade de fundos e

níveis de pessoal dentro das organizações, bem como a natureza da comunicação, consulta e coordenação intra e interinstitucional (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015).

As principais características da capacidade estatal para a promoção da governança são: 1) confiança interorganizacional e comunicação aberta; 2) sistema fiscal adequado aos programas e projetos e política de recursos; 3) sistemas de capacidade estatais claramente estabelecido e estruturas organizacionais bem delineadas; 4) coordenação de esforços governamentais e não governamentais para execução da política pública; 5) existência de um sistema jurídico-administrativo que estabeleça claramente as regras de direito, análise de resultados e mecanismos de responsabilização apropriados (HUGHES et al., 2015).

Para atingir os objetivos do fortalecimento da coordenação e governança alguns modelos podem ser propostos, como o modelo avaliado por Hughes et al. (2015) em seu trabalho com os sistemas de saúde australianos, o qual pressupõe a existência de:

- a) estrutura política estratégica que articule a visão, os objetivos e as prioridades das partes envolvidas, a partir da qual os departamentos individuais deveriam alinhar seus planos de execução;
- b) estruturas de coordenação interdepartamental;
- c) estruturas de monitoramento do progresso e desempenho das unidades envolvidas, em relação aos objetivos acordados, metas negociadas e recursos alocados; e
- d) o delineamento de papéis, responsabilidades e funções dentro do sistema.

Analisando os conceitos propostos nesta revisão de literatura, observa-se a relação de interdependência entre governança, coordenação e capacidades estatais. Assim, considerando-se que o desenvolvimento das instituições e a execução de políticas públicas demandem o relacionamento entre diversas partes interessadas e que este relacionamento ocorre, por muitas vezes, de maneira conflituosa, faz-se necessário compreender a estrutura de governança existente para a realização da entrega governamental.

Neste sentido, conhecer o desenho relacional estabelecido em dado serviço público é compreender o conjunto de regras que o rege para o desenvolvimento das transações necessárias à execução de um objetivo comum, bem como os agentes envolvidos nesta interação (FIANI, 2012).

Embora possam existir estruturas de governança que ocorram de totalmente fluida, com a participação colaborativa dos interessados, o mais usual é que esta interação necessite de certo nível de coordenação, com vistas à definição de papéis e responsabilidades na execução da política pública, ao impulsionamento da atuação dos *stakeholders* e à

organização e nivelamento dos interesses estabelecidos, promovendo-se o equilíbrio entre os interesses individuais e o objetivo comum.

Por se tratar de uma política que requer ativos muito especializados, os serviços de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas tendem a ser bastante especializados, o que requer habilidade para direcionar esforços mais integrados e colaborativos, sem interferir na autonomia dos atores envolvidos. Conforme Fiani (2011), esta habilidade envolve reconhecer que, a depender do contexto, urgência e ativos envolvidos, ora a estrutura de governança estará mais próxima do paradigma hierárquico, ora ao estilo de interações híbridas ou em rede.

Desta forma, governança, em regra, caminha de mãos dadas com coordenação. Caso prescindida da atividade de coordenação, uma política pública com características intrínsecas de especialização de ativos, muito provavelmente terá dificuldades em prover um modelo mais colaborativo de execução.

Por outro lado, considerando-se o nível de complexidade requerido da política de saúde, bem como a diversidade de procedimentos a serem executados, dificilmente cada parte interessada conseguirá abarcar todas as demandas de seus usuários. Estabelece-se então o dilema da cooperação *versus* autonomia, o qual necessita ser gerenciado por uma coordenação mais central, que possa exercer a mediação entre interesses individuais e objetivos comuns.

Esta estrutura de coordenação necessitará dispor de instrumentos de coordenação e governança, que se adaptem ao contexto concreto das necessidades da política a ser gerenciada. Para tanto, pode dispor de uma gama de possibilidades como instrumentos de regulação, autoridade, colegiados, comunicação, dentre outros. Além disso, é possível e desejável a mescla e a customização de tipologias, sem se descuidar da existência dos instrumentos informais de coordenação.

Observa-se que eleger os instrumentos mais adequados à coordenação desejada, bem como aplicá-los de forma equilibrada para conseguir o nível de colaboração necessário à execução de políticas públicas não constitui tarefa simples. Neste sentido, o Estado precisa buscar capacidades governamentais que o dotem com essas habilidades. Segundo Wu, Ramesh e Howlett (2015), estas capacidades são determinantes para a resolução dos problemas públicos, assim como para o sucesso das relações de governança (HOWLETT, 2009).

3. RESULTADOS

Os resultados discutidos nas Seções seguintes foram obtidos a partir da análise dos instrumentos de coordenação formalmente instituídos para a política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília, bem como das impressões coletadas em entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores em atuação na referida política, nos seus níveis estratégico, tático e operacional.

3.1. INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO E GOVERNANÇA

Um dos aspectos importantes ao esclarecimento do nível e do tipo de governança exercido pelos atores envolvidos com a política pública de assistência à saúde aos militares na região de Brasília são os instrumentos de coordenação utilizados para direcionar as tratativas relacionadas à política, sua estrutura e os papéis a serem desempenhados por cada uma das partes interessadas. Neste sentido, buscar-se-á identificar os instrumentos de coordenação disponíveis, bem como as características de sua aplicação à estrutura de governança do serviço de saúde prestado aos militares de Brasília.

O levantamento dos instrumentos existentes será realizado com base nas tipologias apontadas por Capella e explicitadas nos Quadros 2 e 3, com foco nos instrumentos de coordenação formalmente instituídos, cuja publicidade possa ser verificada por qualquer das partes envolvidas, em quaisquer níveis: operacional, tático e estratégico.

Embora se compreenda a relevância dos instrumentos informais de coordenação, cuja presença foi objeto de considerações por parte dos entrevistados na Seção 3.2, por se tratar de aspecto de mais difícil apropriação, não consistirá objeto de levantamentos nesta Seção. A escolha de uma amostra centrada nos instrumentos formais de coordenação visa uma maior disponibilidade de informações para a coleta de dados. Neste sentido, foram pesquisadas as tipologias de instrumentos de coordenação adotadas pela política de assistência à saúde aos militares, tendo as evidências coletadas sido detalhadas nos termos do Quadro constante do Anexo II.

Para a triangulação de dados que permita a comparação dos achados relativos aos instrumentos formais de coordenação com as impressões relatadas pelos entrevistados na Seção 3.2, utilizar-se-ão as categorias relacionadas no Quadro abaixo:

Quadro 9 – Categorização para análise dos aspectos relativos à estrutura de governança.

Categorias analisadas a partir da aplicação de entrevistas semiestruturadas
1 - Importância da estrutura de coordenação e governança
2 - Presença de coordenação formal e informal nas relações de governança em saúde
3 - Clareza quanto à estrutura de governança existente
4 - Adequação da estrutura de governança e representatividade dos interessados
5 - Importância das instâncias colegiadas para a gestão da assistência à saúde
6 - Efetividade da atuação da estrutura de governança
7 - Configuração das relações de coordenação e governança
8 - Clareza quanto à existência de instrumentos de governança
9 - Relacionamento da estrutura de governança com a iniciativa privada
10 - Perspectiva integradora da estrutura de governança – maior cooperação entre os atores
11 - Perspectivas de melhoria da atual estrutura de governança

Fonte: Elaboração própria, 2021.

3.1.1. Discussão Acerca dos Instrumentos de Coordenação e Governança

Embora precedido pela Lei nº 8.880, de 09 de dezembro de 1980, a qual estabelece, em seu art. 50, inciso IV, alínea e, como direito aos militares a “*assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes*”, e que disciplina em seu art. 50-A o Sistema de Proteção Social aos militares das Forças Armadas como o “*conjunto integrado de direitos, serviços e ações, permanentes e interativas, de remuneração, pensão, saúde e assistência*”, o principal instrumento de coordenação e governança dos serviços de saúde aos militares das Forças Armadas é o Decreto 92.512, de 02 de abril de 1986.

Este ato normativo dispõe sobre as “*normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes*”, disciplinando os termos gerais a serem observados pelos atores envolvidos e os macroprocedimentos envolvidos na execução desta política pública.

Inicialmente o Decreto conceitua o dever da prestação do cuidado com a saúde dos militares e dependentes, bem como esclarece quais serão os atores responsáveis por sua gestão e execução.

Art. 1º O militar da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e seus dependentes têm direito à assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar, conforme as condições estabelecidas neste decreto e nas regulamentações específicas das Forças Singulares.

Art. 2º A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde:

I - dos Ministérios Militares;

II - Hospital das Forças Armadas;

III - de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes;

IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato;

V - do exterior, especializadas ou não.

A Lei 6.880/80 e o Decreto nº 92.512/86 e suas alterações – Medida Provisória nº 2215-10/2001, Decreto nº 4.307/2002 e Lei nº 13.954/2019 – instituem o arcabouço normativo que irá reger as relações de coordenação e governança dos serviços de saúde dos militares das Forças Armadas, orientando a elaboração do sistema legal, das regulamentações administrativas, sistemas informatizados e manuais que possibilitarão operacionalizar a assistência à saúde para estes profissionais.

Abaixo das definições gerais normatizadas pelo Decreto nº 92.512/86, o Ministério da Defesa estabelece sua Política de Saúde de Defesa, nos termos da Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015. Esta Política visa *“promover a cooperação entre os Sistemas de Saúde das Forças Armadas e o Hospital das Forças Armadas (HFA), com vistas a proporcionar a otimização da assistência à saúde”*.

Observa-se que a regulamentação de uma Política de Saúde do Ministério da Defesa visa estabelecer iniciativas que promovam uma maior integração dos Sistemas de Saúde dos Comandos das Forças Armadas e da atuação do HFA, de modo a fazer convergir suas atuações e otimizar seus recursos e estruturas, uma vez que, marcados pela autonomia, cada Comando Militar possui regimentos próprios para a execução de seus serviços de saúde.

A Política de Saúde do Ministério da Defesa apresenta em seu art. 3º os objetivos de governança a serem alcançados a partir de sua edição:

I - aprimorar a gestão em saúde no âmbito das Organizações Militares de Saúde (OMS);

II - melhorar a qualidade da prestação de serviço integral à saúde aos beneficiários dos Sistemas de Saúde das Forças Armadas;

III - promover a interoperabilidade entre as Forças Armadas (FA), com vistas ao preparo dos profissionais de saúde para o pronto apoio de saúde às novas ameaças epidemiológicas/emergências em saúde pública de importância nacional e internacional e para as missões sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU) ou referentes a Grandes Eventos; e

IV - promover mecanismos de incentivo para a captação e permanência dos profissionais de saúde do Ministério da Defesa e das FA.

Seus objetivos de governança são estruturados em quatro grandes eixos – assistencial, operacional, pericial, de ensino e pesquisa –, os quais contêm iniciativas específicas a serem realizadas em conjunto pelos Comandos das Forças Armadas sob a supervisão e coordenação

do Departamento de Saúde e Assistência Social – DESAS da Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto – SEPESD do Ministério da Defesa:

Art. 4º Para os efeitos desta Portaria Normativa, são considerados eixos estratégicos da Política de Saúde do Ministério da Defesa:

I - eixo assistencial: versa sobre o atendimento médico hospitalar-odontológico aos militares da ativa, inativos, pensionistas e dependentes, bem como aos servidores e seus beneficiários, previstos nas respectivas normas específicas, por intermédio das OMS e/ou convênios/contratos com instituições especializadas;

II - eixo operacional: corresponde às atividades de revisão periódica da doutrina de emprego do Serviço de Saúde, à padronização do material de saúde (catalogação), à proposta para aquisição de material de emprego militar para as atividades de saúde, à proposta para a capacitação de recursos humanos de saúde para emprego das tropas, em qualquer cenário ou teatro de operações, e para atendimento à população, em situações de desastre e de ameaças;

III - eixo pericial: versa sobre o controle e verificação do estado de higiene no pessoal em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso, realizado pelas Juntas de Inspeção de Saúde, em consonância com as normas e atividades específicas de cada Força Singular (FS); e

IV - eixo de ensino e pesquisa: versa sobre a capacitação continuada dos profissionais dos Sistemas de Saúde das Forças Armadas, mediante cursos de especialização, mestrado, doutorado, extensão e estágios gerais, no país ou no exterior e em organizações civis ou militares para atuarem, tanto na assistência ao pessoal como em operações de amplo espectro, abrangendo as ações de defesa externa, de garantia da lei e da ordem, de defesa civil e ações humanitárias. Na área de pesquisa, implementa ações que deverão contemplar estudos, projetos, desenvolvimento de protótipos e inovação em pesquisa clínica, farmacológica e de técnicas cirúrgicas experimentais.

O art. 5º da Política de Saúde do MD define a composição do eixo assistencial, dividindo-o em graus de atenção à saúde: I – prevenção e promoção à saúde; II – atenção básica; III – atenção especializada, a qual se subdivide nas tipologias média complexidade e alta complexidade.

Entretanto, este instrumento de coordenação não define papéis ou responsabilidades para cada ator integrante da Política de Saúde, fator apontado pelos respondentes das entrevistas constantes da Seção 3.2 como uma das carências relacionadas à estrutura de governança da assistência à saúde aos militares em Brasília.

Desta forma, compreende-se que cada Comando Militar detenha autonomia para estabelecer os graus de complexidade dos serviços a serem prestados pelas unidades de saúde que lhes sejam subordinadas, conferindo uma configuração mais descentralizada de governança, no que tange a esta definição.

O artigo 7º da Política de Saúde do MD apresenta, no âmbito do eixo operacional, hipóteses mais claras de atuação e governança conjunta dos Sistemas de Saúde das Forças Armadas e do HFA:

Art. 7º O eixo operacional deverá dispor de mecanismos de pronta resposta para atividades operacionais, de emergência e de garantia dos poderes constitucionais, mediante os seguintes mecanismos:

I- proposição de normas comuns às FA;

II - revisão periódica da doutrina de pronto emprego das FA;

III - padronização da aquisição de materiais de saúde para otimização da atuação das FA;

IV - capacitação de profissionais de saúde para emprego nas atividades operacionais e apoio às missões de paz sob a égide da ONU ou aos Grandes Eventos; e

V - priorizar gestões conjuntas para o emprego de Hospital de Campanha em situações de crise, emergência e catástrofe. (grifos nossos)

Observa-se que as iniciativas mais integradoras de governança, previstas pela Política de Saúde do MD, estão mais voltadas para as situações de emergência ou defesa pública, do que para as atividades rotineiras e operacionais de assistência à saúde. Este indicativo possui ressonância com os achados apontados pelas entrevistas da Seção 3.2, uma vez que as maiores iniciativas coordenadas de governança em saúde, apontadas pelos respondentes, possuíram relação direta com o enfrentamento da situação de emergência em saúde pública provocada pela disseminação do Novo Coronavírus (COVID-19), nos anos de 2020 e 2021.

Essa estratégia de governança com viés integrador voltado prioritariamente às ações de defesa nacional também podem ser observadas no texto da Política Nacional de Defesa - PND e da Estratégia Nacional de Defesa - END, enviadas ao Congresso Nacional em 2020. O item 3.2 da END elenca as “*Capacidades Nacionais de Defesa*”, como sendo

aquelas compostas por diferentes parcelas das expressões do Poder Nacional. Elas são implementadas por intermédio da participação coordenada e sinérgica de órgãos governamentais e, quando pertinente, de entes privados orientados para a defesa e para a segurança em seu sentido mais amplo.

Dentre as Capacidades Nacionais de Defesa elencadas pela END, figura a Capacidade Logística para a Defesa Nacional, a qual abarca sete funções logísticas, entre elas a Saúde. Para o alcance desta capacidade logística o END informa que serão coordenadas “*as logísticas militares, específicas de cada Força Singular, com a interoperabilidade necessária ao atendimento do interesse da Defesa Nacional*” (grifo nosso).

Da análise dos instrumentos de coordenação aqui mencionados, não foi possível identificar o mesmo nível de coordenação ou de intenção integradora quanto à execução das atividades de saúde de caráter rotineiro, qual seja o eixo denominado assistencial desta política. Embora se compreenda que a integração de ações voltadas à defesa nacional, por possuir caráter estratégico, naturalmente receberá maior enfoque nos Planos e Programas do Ministério da Defesa e Comandos Militares, observa-se a ausência de iniciativas mais integradoras de coordenação no campo da assistência à saúde, de caráter preventivo e curativo, aos militares das Forças Armadas.

3.1.2. Importância da Estrutura de Coordenação e Governança

Dentre os instrumentos de coordenação mais utilizados pelo Poder Público para a consecução de suas atividades figura a composição e regulamentação de estruturas organizacionais e o direcionamento de suas atividades a partir de um planejamento estratégico. Observa-se que as atividades de coordenação e governança foram disciplinadas em instrumentos formais de relacionamento entre o Ministério da Defesa e os Comandos Militares.

No âmbito do Ministério da Defesa, a estrutura organizacional de suas unidades componentes é regulamentada pelo Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018. Este normativo, em seu artigo 2º, parágrafo único, prevê o funcionamento de uma unidade colegiada que tratará de aspectos especificamente relacionados à governança a ser exercida entre o Ministério da Defesa e os Comandos das Forças Armadas, qual seja o Conselho Superior de Governança do Ministério da Defesa:

Parágrafo único. O Conselho Superior de Governança funcionará junto ao Ministério da Defesa, com a atribuição de deliberar sobre o planejamento estratégico setorial e sobre os projetos estratégicos de interesse da defesa, na forma definida em regulamento, e terá a seguinte composição:

- I - Ministro de Estado da Defesa, que o presidirá;
- II - Comandante da Marinha;
- III - Comandante do Exército;
- IV - Comandante da Aeronáutica;
- V - Chefe do Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas; e
- VI - Secretário-Geral do Ministério da Defesa.

A estrutura e atribuições deste Conselho foram regulamentadas pelo Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 e envolvem deliberar sobre a atuação conjunta ou singular das Forças Armadas em consonância com o Planejamento Estratégico Setorial de Defesa.

Art. 1º O Conselho Superior de Governança, órgão colegiado permanente, de caráter deliberativo, que integra a Estrutura Regimental do Ministério da Defesa, **tem a finalidade de definir diretrizes para a política de governança pública do Ministério da Defesa e das Forças Armadas.**

Art. 2º Compete ao Conselho Superior de Governança:

- I - direcionar e aprovar o planejamento estratégico setorial de defesa;
- II - **promover o alinhamento estratégico e a interação dos programas e projetos das Forças Singulares** que integrarão o portfólio estratégico de defesa, de modo a priorizá-los; e
- III - **definir diretrizes e critérios para a estruturação do potencial estratégico de defesa em torno de capacidades conjuntas ou singulares.**

Observa-se que a necessidade de coordenação dos esforços e potencialidades dos Comandos Militares pelo Ministério da Defesa é temática relevante no âmbito desta estrutura organizacional. Neste sentido, a criação de uma instância deliberativa que trate dos assuntos

comuns às três Forças Armadas consta das tratativas mais básicas de funcionamento do Ministério, restando traduzidas em sua estrutura organizacional.

As atividades de coordenação e governança das unidades subordinadas ao Ministério da Defesa figuram ainda de seu Planejamento Estratégico Setorial – PES para o período de 2020 a 2031, aprovado pela Resolução nº 2/CONSUG/MD, de 25 de novembro de 2019. Este documento, em seu Objetivo Setorial de Defesa – OSD 5, incluso na perspectiva de processos internos, reitera a importância de iniciativas coordenadas entre os Comandos das Forças Armadas no sentido de otimizar recursos disponíveis em suas diversas políticas públicas.

Aperfeiçoar os processos decisórios de coordenação e de gerenciamento do conjunto de estruturas, recursos e competências, com o propósito de conduzir a execução de projetos, atividades e ações, a partir de uma visão global, observando os preceitos da transparência e da integridade. **Buscar a melhora do desempenho organizacional, a desburocratização dos processos e a otimização do uso dos recursos disponíveis**, observando-se as prioridades, tudo objetivando a obtenção da economicidade, da eficiência, da eficácia e da efetividade da gestão na busca dos resultados desejados. (grifos nossos).

O PES estabelece ainda as Estratégias Setoriais de Defesa – ESD, classificando-as em diversos grupos de áreas em que o Ministério da Defesa se propõe a atuar, tendo fixado em cada uma destas Estratégias Setoriais, as respectivas Ações Setoriais de Defesa – ASD, as quais constituem atividades de caráter mais concreto, com vistas ao alcance das estratégias planejadas.

O Planejamento Estratégico Setorial de número 11 visa fortalecer a dimensão humana nas atividades geridas pelo Ministério. Para tanto, propõe em sua ESD 11.1 o desenvolvimento de “*ações de apoio aos servidores civis e militares, ativos e inativos, bem como aos dependentes e pensionistas*”, a ser alcançada, entre outras ações, por meio da ASD 11.1.1, que pretende

Buscar a excelência da gestão e da prestação do serviço integral (assistencial, operacional, pericial e de ensino e pesquisa) de saúde, tendo como foco os beneficiários dos sistemas de saúde das Forças Armadas, **utilizando-se, quando necessário e possível, a interoperabilidade** (grifos nossos).

Observa-se, a partir das pretensões deste normativo, que a busca por uma maior coordenação das atividades de saúde entre as Forças Armadas, visando atuações mais integradas, possui a intenção de permear não apenas as atividades relacionadas à defesa nacional ou situações de emergência em saúde pública, mas também a busca por iniciativas mais voltadas à operacionalização e otimização dos sistemas de saúde para o atendimento rotineiro de seus usuários.

Entretanto, embora exista um direcionamento formalizado neste sentido nas instâncias mais estratégicas da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas, não foi possível identificar a tradução desta intenção em instrumentos de coordenação com caráter conjunto, de perspectiva mais tática e operacional, junto aos Comandos das Forças Armadas e ao Hospital das Forças Armadas. Esta impressão se coaduna com os achados das entrevistas constantes da Seção 3.2.

3.1.3. Presença de Coordenação Formal nas Relações de Governança em Saúde

No que tange à governança formal sobre a temática saúde, além do Decreto nº 92.512/86 e da Portaria Normativa nº 2.076/MD/2015, não foram identificados outros instrumentos que abordem o assunto de maneira geral e conjunta. O que se nota são diversos instrumentos setorializados da política de saúde em cada Comando Militar, no Ministério da Defesa e no Hospital das Forças Armadas ou ainda instrumentos que ora regulamentam o relacionamento entre as Forças e o Ministério da Defesa, ora regulamentam o relacionamento entre o Ministério da Defesa e o HFA.

Mesmo o Decreto nº 92.512/86, embora mencione todos os atores como participantes da prestação de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas, não adentra o mérito de como será operacionalizada essa atuação. Por sua vez, a Portaria Normativa nº 2.076/MD/2015, que trata da Política de Saúde do MD, embora apresente como finalidade a “*cooperação entre os Sistemas de Saúde das Forças Armadas e o Hospital das Forças Armadas*”, constitui muito mais um protocolo de intenções para a interoperabilidade entre Comandos e Hospital das Forças Armadas, do que propriamente um normativo que esclareça como este relacionamento se dará.

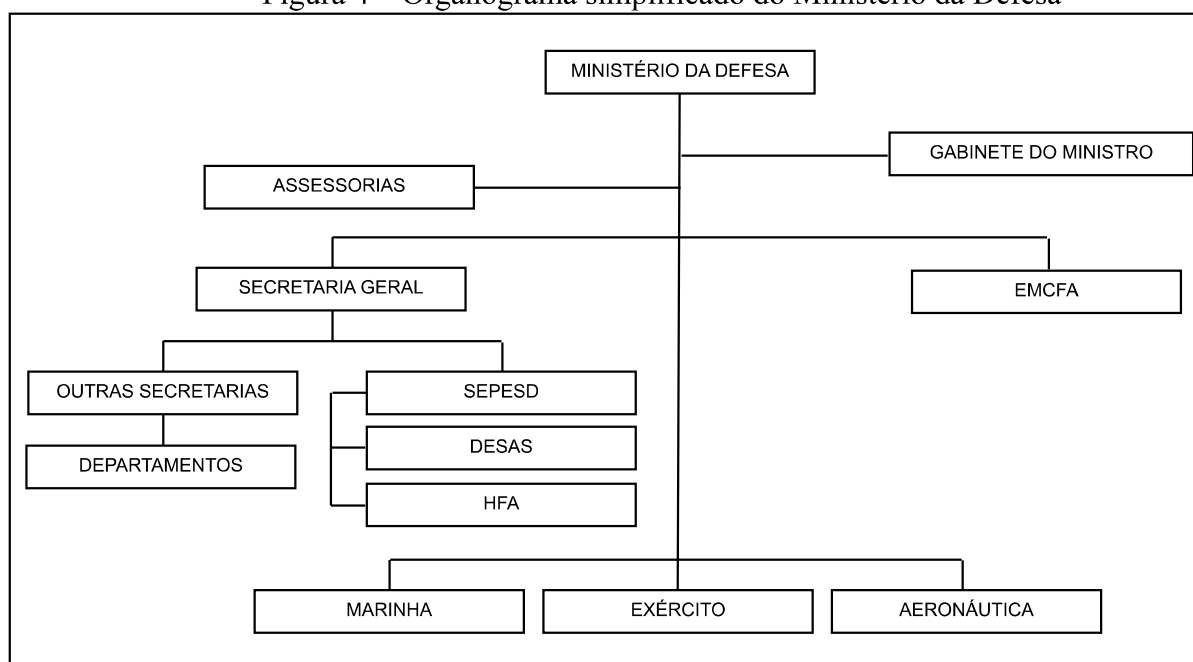
Embora pertencentes à estrutura organizacional do Ministério da Defesa, os Comandos Militares são tratados como unidades autônomas de decisão, ao passo em que o Hospital das Forças Armadas está representado no Conselho Superior de Governança na figura do Secretário Geral do Ministério da Defesa, a partir de sua vinculação hierárquica com a Secretaria de Ensino, Saúde e Desporto do MD. Esta diferença nas características de gestão pode ser observada inclusive no tipo de normatização atribuída à governança de cada um destes atores.

Os Comandos Militares compõem o Conselho Superior de Governança do MD, com capacidade decisória similar ao papel do próprio Ministério – observe-se o Decreto nº

9.628/2018 –, com estruturas de gestão mais autônomas, que se reportam diretamente às Forças Militares. Neste sentido, cada Força Armada possui discricionariedade no que tange à utilização de iniciativas integradas de saúde, como a utilização dos serviços prestados pelo Hospital das Forças Armadas.

Muito provavelmente, esta configuração guarde relação histórica com o fato de que, até o ano de 1999, os Comandos Militares constituíam pastas ministeriais autônomas e individualizadas, passando a integrar a estrutura de um único ministério supervisor apenas em 10 de junho de 1999, com a criação do Ministério da Defesa.

Figura 4 – Organograma simplificado do Ministério da Defesa



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Abaixo das deliberações de caráter geral sobre governança, observa-se a existência de Políticas de Governança individualizadas, que visam reger as relações entre as instâncias subordinadas a cada Comando Militar. O Comando do Exército possui Comitê de Governança estabelecido nos termos da Portaria nº 004, de 03 de janeiro de 2019 e instituiu sua Diretriz de Governança e Gestão nos termos da Portaria EME/C Ex Nº 465, de 09 de agosto de 2021.

O Comando da Marinha, através da Portaria nº 336/2018/EMA, de 29 de novembro de 2018, estabeleceu o Plano de Integridade da Marinha do Brasil, que dentre outros assuntos, apresenta sua estrutura e política de governança. Por sua vez, o Comando da Aeronáutica, por intermédio da Portaria nº 1.738/GC3, de 04 de outubro de 2019, instituiu o Comitê de

Governança da Força Aérea Brasileira, bem como disciplinou a Diretriz de Governança do Comando da Aeronáutica, conforme a Portaria nº 2.189/GC3, de 19 de dezembro de 2019.

No que tange à organização da governança relativa ao Ministério da Defesa e ao Hospital das Forças Armadas, esta sistemática ocorre de maneira paralela, e não integrada, aos serviços de saúde propostos para cada Força Armada. Como espelho desta configuração paralela, foi expedida a Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021, que institui o Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD, o qual vincula as unidades diretamente relacionadas à Administração do MD, exceto as Forças Armadas:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre o Comitê de Governança do Ministério da Defesa (CG-MD), **que alcança todos os órgãos que integram o Ministério da Defesa, exceto os Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica.**

Parágrafo único. A Escola Superior de Guerra (ESG), o Hospital das Forças Armadas (HFA) e o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia (CENSIPAM) deverão instituir, no prazo de até sessenta dias, comitês internos próprios de governança observadas as disposições desta Portaria, ou atribuir as competências correspondentes a colegiado previamente constituído (grifo nosso).

Além dos instrumentos de autoridade/regulação, implementados a partir das normas mencionadas anteriormente, a governança da política de saúde aos militares das Forças Armadas também é realizada a partir da modalidade Tesouro, com a destinação de recursos específicos para a gestão de suas atividades, bem como pelo estabelecimento de regras para a remuneração dos Hospitais Militares e do HFA, quando da prestação dos serviços de assistência à saúde.

O orçamento para custeio das atividades de saúde das Forças Armadas está baseado em um tripé, qual seja: a) recursos destinados pela Lei Orçamentária Anual – LOA ao Ministério da Defesa e descentralizados aos Comandos Militares e HFA; b) valores descontados das remunerações dos beneficiários, em função de sua associação ao benefício, e de percentual para cobertura dos serviços prestados, os quais são gerenciados pelos Fundos de Saúde das Forças Armadas e do HFA; e c) recursos orçamentários e financeiros repassados entre os Órgãos envolvidos na política, a título de ressarcimento pelos serviços prestados pelos Hospitais da região de Brasília, os quais constituem uma mescla dos valores obtidos nas alíneas anteriores.

A LOA 2022 consignou recursos aos integrantes do serviço de assistência à saúde para os militares, nos termos da Lei nº 14.303, de 21 de janeiro de 2022, Volume IV, por meio da Ação Orçamentária 52000 – Ministério da Defesa, descentralizada na forma das Ações 52111 – Comando da Aeronáutica; 52121 – Comando do Exército; 52131 – Comando da Marinha; e 52902 – Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas.

A definição dos valores devidos a título de ressarcimento pelos serviços prestados pelas Unidades de Saúde é realizada nos termos de instrumento de coordenação estabelecido no bojo da Tabela de Indenizações CISSFA, conforme Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021.

Estabelecida pelo Ministério da Defesa, ouvidos os Comandos Militares, nos termos dos artigos 16 e 17 do Decreto nº 92.512/1986, a CISSFA constitui o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, que estabelece os valores de Unidades de Serviços Médicos – USM a serem pagos pelos procedimentos de saúde executados, após faturamento das contas hospitalares apresentadas entre as partes.

Observa-se que existem instrumentos de coordenação formalmente instituídos, destinados à organização e condução da política de assistência em saúde. Entretanto, nota-se que tais normativos estão mais voltados ao caráter geral e estratégico da política, necessitando de ferramentas ou definições mais claras acerca da operacionalização conjunta de seus serviços de saúde.

3.1.4. Clareza Quanto à Estrutura de Governança Existente

A coordenação formal no âmbito de cada Força Armada é exercida tanto por suas estruturas organizacionais e respectivos regulamentos e regimentos, os quais disciplinam o funcionamento das instâncias e atores envolvidos na política de assistência à saúde, quanto por normativos e sistemas que tratam da operacionalização destes serviços.

Existem normativos individualizados, que estabelecem o funcionamento das estruturas de saúde de cada Força Armada, mas não existe um regulamento que trate destas instâncias de maneira centralizada ou ainda da perspectiva de compartilhamento de serviços entre os Comandos Militares, Ministério da Defesa e HFA.

Conforme impressões coletadas nas entrevistas constantes da Seção 3.2, quanto mais tático e operacional seja a atividade desempenhada pelo entrevistado, mais superficial o seu conhecimento quanto às estruturas e autoridades responsáveis pela gestão dos serviços de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas em Brasília.

Por não caracterizar uma estrutura integrada, a clareza quanto ao funcionamento e estrutura de coordenação e governança existente está muito mais voltada para a Força Armada a qual pertença cada entrevistado. Desta forma, observa-se um maior conhecimento apenas quanto à existência de uma estrutura central de governança gerida pelo Ministério da Defesa,

ao passo em que parcela significativa dos entrevistados desconhece a configuração das instâncias de coordenação táticas e operacionais, alheias à Força Armada à qual pertencam.

Os entrevistados corretamente inferem que as estruturas de governança existentes nas demais Forças sejam análogas àquelas existentes em sua própria Força, com variações maiores apenas em relação à operacionalização do serviço. De fato, observa-se, conforme a Figura 2, estruturas muito semelhantes para a gestão da saúde nos três Comandos Militares.

Esta compreensão parcial quanto ao desenho das estruturas e sistemas de saúde em cada Força constitui reflexo de uma configuração mais descentralizada e autônoma de gestão por parte de cada Comando Militar. Esta percepção se traduz nas diversificadas normas operacionais, relativas a cada serviço de saúde e sistemas de gestão, particulares aos três Comandos, não tendo sido identificado normativo que efetivamente trate de modalidade de governança cooperativa entre tais sistemas ou ainda a interoperabilidade de seus meios e insumos.

O Comando do Exército possui, como estrutura organizacional voltada à prestação da assistência à saúde, a Diretoria de Saúde – DSAU, cujo funcionamento está regulado nos termos da Portaria C Ex nº 1.376, de 15 de dezembro de 2020, diretamente subordinada ao Departamento Geral do Pessoal, com estrutura e funcionamento disciplinados no bojo da Portaria nº 127/2017, de 21 de fevereiro de 2017, expedida pelo Gabinete do Comandante do Comando do Exército.

No âmbito do Comando do Exército foram identificados os seguintes normativos voltados à coordenação das atividades pertinentes à assistência à saúde aos militares e dependentes:

Quadro 10 – Normativos da assistência à saúde no Comando do Exército

Normativo que regulamenta/coordena o serviço de assistência à saúde aos militares do Comando do Exército	Objeto regulamentado/ coordenado
Portaria nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008	Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército
Portaria nº 1.184 do Comando do Exército, de 05 de setembro de 2017	Aprova as Instruções Gerais para o funcionamento da Assistência Médico-Hospitalar no Exterior aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes e dá outras providências.

Portaria nº 492 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020	Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares – SAMMED
Portaria nº 493 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020	Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército – FUSEx

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O Comando da Marinha apresenta, como estrutura organizacional voltada ao serviço de saúde, a Diretoria de Saúde da Marinha – DSM, cujo funcionamento está regulado nos termos das Portarias nº 91/EMA, de 23 de abril de 2014 e nº 20/MB, de 23 de janeiro de 2017, diretamente subordinada ao Departamento Geral do Pessoal da Marinha – DGPM, com estrutura e funcionamento disciplinados no bojo da Portaria nº 97/DGPM, de 31 de outubro de 2016.

No âmbito do Comando da Marinha foram identificados os seguintes normativos voltados à coordenação das atividades pertinentes à assistência à saúde aos militares e dependentes:

Quadro 11 – Normativos da assistência à saúde no Comando da Marinha

Normativo que regulamenta/coordena o serviço de assistência à saúde aos militares do Comando da Marinha	Objeto regulamentado/ coordenado
DGPM 401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar, de 31 de janeiro de 2012	Estabelecer procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da Marinha do Brasil.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Por sua vez, o Comando da Aeronáutica detém, como estrutura voltada à assistência de seus militares, a Diretoria de Saúde da Aeronáutica – DIRSA, cujo funcionamento está regulado nos termos da Portaria nº 2103/GC3, de 03 de dezembro de 2019, diretamente subordinada ao Comando Geral do Pessoal, com estrutura e funcionamento disciplinados no bojo da Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020.

No âmbito do Comando da Aeronáutica foram identificados os seguintes normativos voltados à coordenação das atividades pertinentes à assistência à saúde aos militares e dependentes:

Quadro 12 – Normativos da assistência à saúde no Comando da Aeronáutica

Normativo que regulamenta/coordena o serviço de assistência à saúde aos militares do Comando do Exército	Objeto regulamentado/ coordenado
Portaria COMGEP nº 111/ALE, de 30 de dezembro de 2020	Normas para a prestação da Assistência Médico Hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronáutica – SISAU

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O atendimento a ser prestado pelo Hospital das Forças Armadas foi estabelecido nos termos do Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015, que assim dispõe:

Art. 1º O Hospital das Forças Armadas, integrante da estrutura básica do Ministério da Defesa, é hospital militar geral sediado em Brasília e tem as seguintes competências:

I - prestar assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar:

a) aos militares da ativa, da reserva e reformados, aos servidores da administração central do Ministério da Defesa e aos servidores e empregados públicos do próprio Hospital das Forças Armadas e da Escola Superior de Guerra e aos seus dependentes e pensionistas;

b) aos usuários dos Fundos de Saúde das Forças Armadas; e

c) a outras instituições autorizadas por convênios, contratos ou outros instrumentos legais;

(...)

Parágrafo único. A assistência médico-hospitalar prevista no inciso I do caput compreende:

I - o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação e a recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes;

II - os serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos; e

III - o fornecimento e a aplicação de meios, de cuidados e dos demais atos médicos e paramédicos necessários.

Art. 2º O Ministro de Estado da Defesa editará o regimento interno do Hospital das Forças Armadas, definindo a sua estrutura, as competências das suas unidades e as atribuições dos seus dirigentes.

(...)

Art. 4º **O Hospital das Forças Armadas será indenizado pelos Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica pelas despesas decorrentes do atendimento e internação dos correspondentes militares e de seus dependentes,** na forma fixada pelos convênios firmados. (grifos nossos).

Em atenção ao comando legal, o Ministério da Defesa, por intermédio da Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018, estabeleceu o Regimento Interno do Hospital das Forças Armadas, atribuindo-lhe as seguintes competências:

Art. 1º O Hospital das Forças Armadas, integrante da estrutura básica do Ministério da Defesa, é hospital militar geral sediado em Brasília e tem as seguintes competências:

I - prestar assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar:

a) aos militares da ativa, da reserva e reformados, aos servidores da administração central do Ministério da Defesa e aos servidores e empregados públicos do próprio

Hospital das Forças Armadas e da Escola Superior de Guerra e aos seus dependentes e pensionistas;
b) aos usuários dos Fundos de Saúde das Forças Armadas;

Observa-se que, por se tratar de política com estrutura de gestão descentralizada e fragmentada nos Comandos Militares, conforme pode se verificar dos normativos mencionados nesta Subseção, a configuração das relações de governança entre os serviços de saúde das Forças, Ministério da Defesa e Hospital das Forças Armadas nem sempre resta clara aos atores responsáveis por sua execução, sobretudo quando se trata de gestores das instâncias tática e operacional.

Dos achados constantes da Seção 3.2, observa-se que os entrevistados possuem alguma noção da estrutura de governança formalmente instituída, muito mais em função da analogia que realizam com as estruturas de saúde do Comando Militar ao qual pertencem, do que por de fato conhecerem as instâncias de gestão da assistência à saúde nas demais Forças Armadas, em sua coordenação central – Ministério da Defesa, e no HFA.

3.1.5. Importância das Instâncias Colegiadas para a Gestão da Assistência à Saúde

Da análise dos instrumentos formais de coordenação e governança puderam ser identificadas instâncias colegiadas de deliberação acerca da política de assistência à saúde aos militares da região de Brasília, não tendo sido possível, entretanto, localizar atas, comunicados ou registros públicos de suas deliberações.

A primeira instância colegiada identificada nos instrumentos formais de coordenação e governança vigentes é a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSMEA, criada pelo Decreto nº 82.174/1978. Embora o Decreto de criação tenha sido revogado, constata-se que a instância consultiva permanece atuante, conforme menção realizada na Política de Saúde do Ministério da Defesa, Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015:

Art. 14. A Comissão dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CPSSMEA) funcionará como instância facilitadora para a implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa.

Art. 15. O Departamento de Saúde e Assistência Social, da Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto, que atua como secretaria executiva da CPSSMEA, manterá os membros da Comissão informados sobre as ações decorrentes da implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa (grifo nosso).

O Decreto nº 92.512/1986, também em vigor, faz referência à CPSSMEA e demonstra que este tipo de estrutura de deliberação colegiada já existe há bastante tempo:

Art. 16. Os recursos financeiros oriundos das Indenizações de que trata a letra "b" do item II do artigo 11 terão, como suporte, uma Tabela de Indenizações expressa em termos da Unidade de Serviço Médico (USM), aprovada e atualizada através de Portaria do Estado-Maior das Forças Armadas, **ouvidos os Ministérios Militares através da Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA)** (grifo nosso).

Em que pese à revogação do Decreto 82.174/1978 pelo Decreto nº 6.596/2008, considera-se oportuna a menção às suas disposições, tendo em vista não ter sido possível localizar o normativo que o tenha sucedido na manutenção desta instância colegiada. Neste sentido, o antigo normativo dispõe sobre suas atribuições e composição:

Art. 1º - Fica criada a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA), prevista no artigo 15, item I, do Decreto nº 79.031, de 23 de dezembro de 1976, com as seguintes atribuições:

I - Apreciar os assuntos técnicos que lhe forem submetidos pelo Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas.

II - Assessorar o Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, propondo medidas quanto:

a) à manutenção de um plano logístico de Saúde que possibilite a mobilização dos recursos disponíveis ao Setor e sua distribuição entre as Forças Singulares;

b) à uniformização de medidas profiláticas e adoção de normas comuns de tratamento médico-cirúrgico nas Forças Armadas, em consonância com os progressos da ciência médica;

c) à fixação de normas gerais para a seleção nas Forças Armadas;

d) à padronização e modernização, nos serviços de saúde das Forças Armadas, dos equipamentos, material de consumo e material permanente utilizados ou a serem adotados;

e) à fixação de normas comuns para as inspeções de Saúde e controle da eficiência físico-psíquica dos militares.

Art. 2º - A Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA) é constituída pelos Diretores de Saúde das Forças Singulares e subordinadas diretamente ao Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas.

A segunda instância colegiada, formalmente estabelecida, que foi identificada durante a análise dos instrumentos de coordenação vigentes é a Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília – CHMBra. Instituída pela Instrução Normativa nº 1/SEPESD/MD, de 20 de abril de 2016, possui proposta de atuação mais voltada às necessidades da área de Brasília, de cunho aparentemente mais tático e operacional.

Art. 2º A Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília - CHMBra tem a finalidade de assessorar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto nas questões afetas à aos Serviços de Saúde das Forças Armadas, e ao aperfeiçoamento dos procedimentos de saúde dirigidos à Família Militar, na área de Brasília.

Art. 3º São membros da CHMBra:

I - Diretor do Departamento de Saúde e Assistência Social DESAS/SEPESD;

II- Diretor Técnico de Saúde do Hospital das Forças Armadas- HFA;

III - Diretor Técnico de Ensino e Pesquisa do HFA;

IV - Diretor do Hospital Naval de Brasília - HNBra;

V - Diretor do Hospital Militar de Área de Brasília - HMAB;e

VI - Diretor do Hospital de Força Aérea de Brasília HFAB.

Art.4º A CHMBra será presidida pelo Diretor do DESAS, que será substituído, em seus impedimentos ou faltas eventuais, pelo Diretor Técnico de Saúde do HFA.

Art. 5º São atribuições da CHMBra:

I - subsidiar a formulação e a implementação de programas e projetos de saúde voltados para a interação dos Hospitais Militares em Brasília e monitorar a sua execução; e

II - contribuir com o aperfeiçoamento dos procedimentos de saúde dirigidos à Família Militar.

Parágrafo único. A atuação da CHMBra não exclui a necessidade de prévia avaliação, manifestação e adoção de providências a cargo da Comissão dos Serviços de Saúde das Forças Armadas CPSSMEA.

Embora constem formalmente de normativos vigentes, as duas instâncias colegiadas acima referenciadas - CPSSMEA e CHMBra não foram mencionadas por nenhum dos entrevistados como instâncias colegiadas de deliberação acerca da coordenação dos serviços de saúde na região de Brasília, fato que pode demonstrar tanto sua pouca atividade nos últimos anos, quanto sua atuação em esferas mais estratégicas de governança, as quais não tenham tido ressonância nas camadas mais táticas e operacionais dos serviços.

Ao contrário dos colegiados anteriores, houve significativa menção às reuniões de um terceiro fórum de deliberação acerca das atividades de saúde aos militares em Brasília, notadamente sobre a gestão das atividades do HFA, qual seja, o Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas. Estabelecido pela Portaria nº 2.110/GM/MD, de 22 de maio de 2017, seu ato de criação dispõe:

Art. 1º Fica constituído o Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas, com as seguintes competências:

I - assessorar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto na condução dos assuntos relacionados com a gestão do Hospital das Forças Armadas (HFA); e

II - auxiliar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto na elaboração de diretrizes para o aperfeiçoamento das práticas administrativas do HFA.

Art. 2º O Conselho será composto pelos seguintes membros:

I- Do Ministério da Defesa:

a) Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto, que o presidirá;

b) Secretário de Organização Institucional; e

c) Diretor do Departamento de Saúde e Assistência Social;

II - Do Comando da Marinha:

a) Diretor-Geral do Pessoal da Marinha; e

b) Diretor de Saúde da Marinha;

III - Do Comando do Exército:

a) Chefe do Departamento-Geral do Pessoal do Exército; e

b) Diretor de Saúde do Exército;

IV - Do Comando da Aeronáutica:

a) Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica; e

b) Diretor de Saúde da Aeronáutica;

V - Do Hospital das Forças Armadas:

a) Comandante Logístico;

b) Diretor Técnico de Saúde; e

c) Diretor Técnico de Ensino e Pesquisa.

§1º São membros permanentes do Conselho o Diretor-Geral do Pessoal da Marinha, o Chefe do Departamento-Geral do Pessoal do Exército e o Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica.

§2º São membros consultivos do Conselho o Secretário de Organização Institucional, o Diretor do Departamento de Saúde e Assistência Social e os Diretores de Saúde das Forças Singulares.

Entretanto, em que pese a menção à presença desta instância na coordenação das atividades relacionadas ao serviço de saúde na região de Brasília, também não foi possível localizar, em bases públicas de consulta, as decisões adotadas por este último colegiado como forma de analisar a efetividade de seus termos.

Os achados da Seção 3.2 apontam para o fato de que os entrevistados compreendem as instâncias colegiadas como importantes fóruns de decisões e diálogo entre os atores responsáveis pelo serviço de assistência à saúde aos militares em Brasília. Entretanto, não há muita clareza quanto às estruturas colegiadas vigentes para as tratativas relacionadas à governança e coordenação de iniciativas voltadas à prestação de assistência à saúde para os militares em Brasília, tampouco quanto à periodicidade de seus encontros ou dos resultados de suas deliberações, fator que pode indicar novamente certa distância entre as decisões de cunho estratégico e sua tradução para processos mais táticos e operacionais.

3.1.6. Adequação da Estrutura de Governança e Representatividade dos Interessados

Dos instrumentos de regulação e autoridade analisados para a configuração de governança da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas, observa-se a seguinte configuração:

Quadro 13 – Representatividade nos instrumentos normativos

Instrumento formal de coordenação e governança	Partes representadas	Observações
Decreto 92.512/1986 - normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica; - Hospital das Forças Armadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 1986 o Ministério da Defesa ainda não havia sido criado, razão pela qual não figura do normativo. - O Hospital das Forças Armadas figura apenas como uma das alternativas para prestação de assistência à saúde aos militares, não havendo menção sobre responsabilidades ou obrigações a realizar.
Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018 – Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto; - Departamento de Saúde e Assistência Social; 	<ul style="list-style-type: none"> - Trata da estrutura organizacional do Ministério da Defesa, o qual possui como órgãos subordinados os três

Confiança do Ministério da Defesa.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica; - Hospital das Forças Armadas. 	Comandos Militares e o Hospital das Forças Armadas.
Decreto nº 5.417, de 13 de abril de 2005 - dispõe sobre a estrutura e competências da Diretoria Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde da Marinha.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Comando da Marinha; - Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trata da estrutura organizacional do Comando da Marinha, o qual possui como unidade subordinada a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha, que entre suas atribuições é responsável pelo serviço de saúde aos militares.
Portaria nº 91/EMA, de 23 de abril de 2014 – Regulamenta a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha – DGPM.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando da Marinha; - Diretoria Geral do Pessoal da Marinha; - Assessoria de Serviços Assistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta o funcionamento da Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. Não menciona o Departamento de Saúde do Comando da Marinha.
Portaria nº 20/MB, de 23 de janeiro de 2017 – Regimento Interno do Comando da Marinha.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando da Marinha; - Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta as atribuições e competências das unidades do Comando da Marinha. Não menciona o Departamento de Saúde do Comando da Marinha.
Portaria nº 97/DGPM, de 31 de outubro de 2016 - Regulamenta a Diretoria de Saúde da Marinha – DSM.	<ul style="list-style-type: none"> - Diretoria Geral do Pessoal da Marinha; - Diretoria de Saúde da Marinha 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta as atividades da Diretoria de Saúde, subordinada à Diretoria Geral do Pessoal da Marinha.
Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006 - dispõe sobre a estrutura e competências da Diretoria Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde do Comando do Exército.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Comando do Exército; - Departamento Geral do Pessoal; - Diretoria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta a estrutura organizacional do Comando do Exército. Inclui a previsão das atribuições do Departamento Geral do Pessoal e a estrutura da Diretoria de Saúde.
Portaria nº 127/2017 do Gabinete do Comandante do Comando do Exército, de 21 de fevereiro de 2017 – Regulamento e estrutura do Departamento Geral do Pessoal.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando do Exército; - Departamento Geral do Pessoal; - Diretoria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece o Regimento Interno do Exército e Unidades subordinadas.
Portaria C Ex nº 1.376, de 15 de dezembro de 2020 – Regulamento da Diretoria de Saúde do Exército.	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento Geral do Pessoal; - Diretoria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece o Regulamento da Diretoria de Saúde do Exército.
Decreto nº 6.834, de 30 de abril de 2009 – dispõe sobre a estrutura e competências do Comando Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde da Aeronáutica.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Comando da Aeronáutica; - Comando Geral do Pessoal; - Diretoria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta a estrutura organizacional do Comando do Exército. Inclui a previsão das atribuições do Comando Geral do Pessoal e a estrutura da Diretoria de Saúde do Comando da Aeronáutica.

Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020 – regulamenta a estrutura da Diretoria de Saúde da Aeronáutica – DIRSA.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando da Aeronáutica; - Comando Geral do Pessoal; - Diretoria de Saúde. 	Regulamenta a estrutura e atribuições da Diretoria de Saúde do Comando da Aeronáutica.
Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015 – dispõe sobre organização e funcionamento do Hospital das Forças Armadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Hospital das Forças Armadas; - Comandos da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica. 	Regula as atividades e o funcionamento do Hospital das Forças Armadas.
Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018 – Dispõe sobre o Regimento Interno do HFA.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Secretaria de Pessoal, Saúde, Ensino e Desporto; - Comando Logístico do Hospital das Forças Armadas; - Diretoria Técnica de Saúde. 	Estabelece o Regimento Interno do Hospital das Forças Armadas até o nível de Divisão e delega competência para que o HFA defina as unidades administrativas subordinadas ao nível de Divisão.
Orientação Normativa nº 07/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – estabelece o Regimento Interno do Comando Logístico do HFA.	Comando Logístico do Hospital das Forças Armadas.	Estabelece o Regimento Interno do Comando Logístico do HFA para os níveis subordinados às Divisões.
Orientação Normativa nº 09/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – dispõe sobre o Regimento Interno da Diretoria Técnica de Saúde do HFA.	<ul style="list-style-type: none"> - Comando Logístico do Hospital das Forças Armadas; - Diretoria Técnica de Saúde. 	Estabelece o Regimento Interno da Direção Técnica de Saúde do HFA para os níveis subordinados às Divisões.
Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015 - Política de Saúde do Ministério da Defesa.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Secretaria de Ensino, Saúde e Desporto; - Departamento de Saúde e Assistência Social; - Comando da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica; - Hospital das Forças Armadas. 	Estabelece, de forma centralizada pelo Ministério da Defesa, a Política de Saúde do MD, que tem por finalidade promover a cooperação entre os Sistemas de Saúde das Forças Armadas e o Hospital das Forças Armadas (HFA), com vista proporcionar a otimização da assistência à saúde.
Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015 - Política de Saúde do Ministério da Defesa.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Secretaria de Ensino, Saúde e Desporto; - Departamento de Saúde e Assistência Social; - Comando da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica; - Hospital das Forças Armadas. 	Estabelece, de forma centralizada pelo Ministério da Defesa, a Política de Saúde do MD, que tem por finalidade promover a cooperação entre os Sistemas de Saúde das Forças Armadas e o Hospital das Forças Armadas (HFA), com vista proporcionar a otimização da assistência à saúde.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dos instrumentos de colegiado para deliberações e decisões conjuntas, obtém-se a seguinte situação relativa à representatividade:

Quadro 14 – Representatividade nos instrumentos normativos – colegiados.

Instrumento colegiado de coordenação e governança	Partes representadas	Observações
Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 – Conselho Superior de Governança do MD	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Comando da Marinha; - Comando do Exército; - Comando da Aeronáutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece as atribuições e a estrutura do Conselho Superior de Governança do Ministério da Defesa.
Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021 - Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa; - Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece o Comitê de Governança do Ministério da Defesa (CG-MD), que alcança todos os órgãos que integram o Ministério da Defesa, exceto os Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica. - O HFA é representado indiretamente no Comitê, através da participação da SEPESD.
Decreto nº 82.174, de 24 de agosto de 1978 - Cria a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA)	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Defesa (em substituição ao Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas); - Diretoria de Saúde da Marinha; - Diretoria de Saúde do Exército; - Diretoria de Saúde da Aeronáutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Embora o Decreto de criação da CPSSMEA tenha sido revogado, o colegiado continua a ser mencionado em outros dispositivos legais como a Política de Saúde do MD e a regulamentação da CHMBra.
Instrução Normativa nº 1/SEPESD/MD, de 20 de abril de 2016 – Aprova a organização e o funcionamento da Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília - CHMBra	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento de Saúde e Assistência Social do Ministério da Defesa; - Hospital das Forças Armadas; - Hospital Naval de Brasília do Comando da Marinha; - Hospital Militar de Área de Brasília do Comando do Exército; - Hospital de Força Aérea de Brasília do Comando da Aeronáutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colegiado mais próximo da atividade operacional de saúde na região de Brasília.
Portaria nº 2.110/GM/MD, de 22 de maio de 2017 – Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas	<ul style="list-style-type: none"> - Secretária de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto do Ministério da Defesa; - Departamento de Saúde e Assistência Social do Ministério da Defesa; - Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha; - Diretoria de Saúde da Marinha; - Departamento-Geral do Pessoal do Exército; - Diretoria de Saúde do Exército; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colegiado mais recente e mencionado com maior recorrência durante as entrevistas constantes da Seção 3.2.

	<ul style="list-style-type: none"> - Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica; - Diretoria de Saúde da Aeronáutica; - Hospital das Forças Armadas. 	
--	---	--

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Conforme normativos detalhados nos Quadros acima, nota-se, no que tange à representatividade, duas características latentes – fragmentação dos colegiados e iniciativas, resultando em políticas individualizadas para prestação dos serviços de saúde e representatividade indireta das áreas táticas e operacionais, dificultando a tradução do planejamento em execução, bem como a tradução dos problemas operacionais em soluções estratégicas.

Tais características encontram ressonância nas impressões coletadas na Seção 3.2, no sentido de que, embora o desenho da estrutura organizacional que visa à governança dos sistemas de saúde em Brasília pareça formalmente adequado, esta estrutura careceria de maior representatividade das partes interessadas, sobretudo, nos níveis tático e operacional.

Ademais, os entrevistados relatam a necessidade de adequação dos instrumentos de coordenação da referida política, no sentido de restarem claros os papéis atribuídos a cada partícipe, bem como a definição de iniciativas e projetos mais colaborativos, em prol da otimização da estrutura formal existente.

3.1.7. Efetividade da Atuação da Estrutura de Governança

Observa-se que os instrumentos de coordenação e governança são efetivos em relação às atividades individuais de cada Força Armada e do HFA. Esta conclusão pode ser verificada, sobretudo, nas questões referentes à alocação orçamentária de recursos direcionados aos serviços de saúde para os Comandos Militares; ao estabelecimento de Fundos de Saúde específicos para os serviços de saúde; e à formalização de estruturas organizacionais especializadas em gestão de saúde nas Forças.

Entretanto, não se observa a mesma efetividade no que tange à operacionalização integrada do sistema, uma vez que cada Força detém suas próprias regras, parcerias, parâmetros de contratação e alocação de insumos. Assim, entende-se que cabe discutir se os instrumentos ligados à operacionalização dos sistemas de saúde das Forças, atuando de forma

individualizada, são suficientes para o adequado serviço prestado aos seus usuários, bem como a relevância da promoção de uma estrutura mais integrada e colaborativa de soluções.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de maior representatividade dos partícipes de nível tático e operacional nas instâncias colegiadas, bem como da criação de mecanismos de incentivo às mudanças propostas pela estrutura de coordenação central.

As instâncias de governança são compartimentadas entre Ministério da Defesa e Comandos Militares de um lado e Ministério da Defesa e Hospital das Forças Armadas, de outro. Esta conclusão pode ser verificada a partir da construção dos normativos existentes em relação à governança destes órgãos, nos termos do estabelecimento de um Conselho Superior de Governança que envolve apenas as três Forças Armadas – Decreto nº 9.628/2018 – e outro Comitê de Governança, à parte, que trate das questões relacionadas aos demais órgãos vinculados à Administração Central do Ministério da Defesa, exceto Forças Armadas – Portaria GM-MD nº 3.127/2021.

Assim, somente se observa o encontro destes dois polos – MD e Forças Armadas de um lado, MD e HFA de outro – por ocasião da expedição da Política de Saúde do Ministério da Defesa – Portaria Normativa nº 2.076/MD/2015 -, bem como pelo estabelecimento de esferas colegiadas. Ainda assim, observa-se que são decisões conjuntas adotadas de maneira mais pontual, não consistindo em uma política conjunta e colaborativa contínua.

3.1.8. Configuração das Relações de Coordenação e Governança

Buscou-se verificar, no bojo dos instrumentos de coordenação e governança analisados para a triangulação de dados (legislação e normas, sistemas e estruturas organizacionais), se as decisões de operacionalização dos serviços de saúde partem de uma configuração mais centralizadora por parte do órgão coordenador – Ministério da Defesa –, ou se as decisões permanecem mais descentralizadas para definições a cargo dos próprios Comandos Militares e Hospital das Forças Armadas, conforme instrumentos de coordenação constantes dos Anexos III e IV.

Constata-se que, de fato, apenas as diretrizes mais gerais e estratégicas – Anexo III -, normalmente relacionadas às questões de recursos e custeio da política pública estão mais a cargo da estrutura central de coordenação – Ministério da Defesa, ao passo em que as decisões de caráter mais operacional estão mais descentralizadas para definição por parte dos

Comandos Militares – Anexo IV. Observa-se assim, uma gestão mais descentralizada, por parte do Ministério da Defesa, aos Comandos das Forças Armadas.

Esta configuração está alinhada às impressões coletadas por ocasião das entrevistas descritas na Seção 3.2. Os respondentes entendem a configuração das decisões de governança entre Ministério da Defesa, Forças Armadas e HFA mais descentralizada no que tange à operacionalização dos serviços de saúde aos militares de Brasília.

3.1.9. Clareza Quanto à Existência de Instrumentos de Coordenação e Governança

Observa-se que existem instrumentos de coordenação capazes de induzir a atuação dos atores responsáveis pela condução da política pública de assistência à saúde dos militares. Aparentemente estes instrumentos são suficientes para estabelecer as responsabilidades individuais dos atores em cada serviço de saúde das Forças. Entretanto, observa-se que quando se trata de atuação conjunta ou integrada destes sistemas de saúde, as iniciativas ainda são poucas e os instrumentos incipientes.

Observa-se uma necessidade de maior atuação das instâncias centrais de coordenação no sentido de promover a divulgação dos instrumentos existentes, não só às áreas estratégicas de cada unidade, bem como aos níveis tático e operacional, como, por exemplo, canais de comunicação voltados à divulgação das normas e iniciativas relacionadas aos serviços de saúde, de forma conjunta, pelo Ministério da Defesa.

Observa-se uma divulgação mais individualizada de informações e normas relativas à estrutura de assistência à saúde aos militares, por parte dos Departamentos de Pessoal e das Diretorias de Saúde de cada Força Armada, bem como do HFA, realizadas no bojo de seus sítios eletrônicos.

Identificou-se ainda, uma iniciativa embrionária de divulgação das acepções de governança por parte do Ministério da Defesa, denominada como Projeto Orienta. Entretanto, em que pese se tratar de iniciativa bastante válida para esclarecimento ao público interno e externo, este projeto busca fornecer uma visão mais ampla das atividades do Ministério da Defesa, a partir da representação de sua cadeia de valor, mapa e identidade estratégica, plano estratégico, dentre outras informações relacionadas. Não foi possível identificar iniciativas semelhantes que apresentem informações específicas do serviço de assistência à saúde.

Outra característica julgada relevante para ampliar a clareza quanto ao funcionamento das estruturas dos serviços de saúde das Forças Armadas é a necessidade de maior

conhecimento das estruturas análogas, em funcionamento nos demais Comandos Militares e Hospital das Forças Armadas como forma de *benchmarking* para melhoria dos processos internos e aprendizagem de boas práticas por cada ator envolvido nesta política pública.

Verifica-se, também nos achados das entrevistas constantes da Seção 3.2, que os interlocutores responsáveis pela execução destes serviços nem sempre possuem clareza quanto aos instrumentos de coordenação existentes e que, normalmente, embora tenham conhecimento, mesmo que parcial, sobre os normativos, sistemas e colegiados existentes, não conseguem identificá-los como instrumentos de coordenação e governança.

Ademais as iniciativas de atuação conjunta e colaborativa são apontadas pelos respondentes da Seção 3.2 como um importante direcionamento futuro dos instrumentos de coordenação, processo que demandaria, por consequência, ampla divulgação e análise da cultura organizacional dos partícipes, esclarecendo inclusive os mecanismos de incentivo à superação de eventuais resistências à mudança e à cooperação.

3.1.10. Relacionamento da Estrutura de Governança com a Iniciativa Privada

O sistema normativo que regula os serviços de saúde aos militares das Forças Armadas prevê a prestação de serviços pela iniciativa privada, de modo complementar àqueles prestados diretamente pelas organizações de saúde dos Comandos Militares. De maneira similar à regulação das estruturas de operacionalização da política nos próprios Comandos, nota-se a presença de normas de caráter geral que descentralizam a regulamentação da atuação pela iniciativa privada no âmbito de cada Força Singular.

O Decreto nº 92.512/1986 estabelece em seu art. 2º que a assistência à saúde será prestada tanto pelas organizações de saúde internas aos Comandos Militares, quanto pelo Hospital das Forças Armadas e organizações privadas de saúde, em território nacional ou exterior e que a prioridade de utilização entre elas será estabelecida no âmbito de cada Força Armada.

Embora em uma primeira leitura possa se imaginar que as condicionantes para o estabelecimento de prioridades e que o relacionamento com a iniciativa privada será livremente regulado pelos Comandos Militares, podendo-se utilizar, discricionariamente, entre uma ou outra modalidade, outros dispositivos ao longo do ato normativo demonstram que a estrutura pública será utilizada prioritariamente, ao passo em que os serviços prestados pelas organizações civis ocorrerão, ordinariamente, apenas em caráter complementar:

Art. 20. Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para:

I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas;

II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde;

III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios.

Desta forma, conforme art. 7º, a definição dos casos que demandem a atuação da iniciativa privada, no país ou no exterior, “*por motivos médicos que transcendam à possibilidade de atendimento pelos seus sistemas*” ficará a cargo do Comandante de cada Força Armada ou autoridade militar designada para esta finalidade, sendo esta obrigatoriedade flexibilizada apenas em atendimentos nacionais, para casos de urgência comprovada, os quais deverão ser posteriormente ratificados pelas mesmas autoridades.

Tais autoridades disporão ainda sobre os parâmetros para continuidade do tratamento e permanência dos beneficiários da assistência sob os cuidados das organizações privadas de saúde ou seu retorno às estruturas internas de atenção à saúde.

Conforme disposto no art. 20, acima citado, o relacionamento com a iniciativa privada ocorrerá mediante a celebração de contratos e convênios, custeados com os recursos estabelecidos no art. 11 deste mesmo Decreto. Este instrumento de coordenação delimita ainda as especificações mínimas que deverão constar dos instrumentos celebrados para a prestação do serviço por terceiros, bem como os atores responsáveis pela autorização de seus termos:

Art. 22. Os convênios e contratos estabelecerão, em suas cláusulas, a vinculação das partes, o objeto, o modo e as condições de execução do ajuste, além de condições gerais não enquadradas nos elementos anteriores.

§ 1º Deverá ser prevista a forma de identificação do beneficiário, de modo a ensejar a efetiva prestação da assistência sem qualquer óbice burocrático.

§ 2º Em qualquer caso, o estabelecimento de convênios ou contratos está condicionado aos ditames do interesse das Forças Armadas e às conveniências da Segurança Nacional.

Art. 23. Os convênios a nível ministerial serão firmados pelos respectivos Ministros, e os demais, pelas autoridades competentes.

Diferentemente do que ocorre com as tabelas de preços e de procedimentos praticadas no âmbito das três Forças Armadas e entre estas e o Hospital das Forças Armadas, cujos parâmetros serão fixados nos termos do art. 16 do Decreto nº 92.512/1986, os valores a serem praticados pelos Comandos Militares como pagamento pelos serviços da iniciativa privada são regulados diretamente por cada Força Singular, conforme disposto no art. 39 do mesmo Decreto:

Art. 39. O pagamento das indenizações devidas às organizações de saúde sob convênio ou contrato, pela assistência médico-hospitalar prestada aos militares e seus dependentes, será feito pelo Ministério a que pertencer o militar, à custa dos recursos relacionados no Título III, observado o disposto neste decreto e de conformidade com a regulamentação das Forças Singulares.

Em que pese o art. 16 mencionar que serão objeto de tabelamento as indenizações relativas aos serviços prestados nos termos da letra b, inciso II do art. 11, ou seja, com “*recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos*”, observa-se que a Tabela de Indenizações materializada nos termos do Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas – CISSFA, regulamentada em sua última versão pela Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021, abarca apenas os serviços prestados em Organizações Militares – OM ou Organizações Militares de Saúde – OMS, não havendo menção sobre a unificação dos parâmetros a serem praticados no caso de assistência prestada pela iniciativa privada:

Art. 2º O Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA) tem por finalidade normatizar e apresentar o cálculo de indenizações provenientes da prestação de assistência em saúde aos beneficiários das Organizações Militares (OM) e Organizações Militares de Saúde (OMS).

A cobertura de serviços, em termos gerais, será a mesma adotada para os atendimentos prestados nas organizações militares de saúde, sendo as particularidades relativas aos serviços privados, normatizadas pelos Comandos Militares, conforme previsão contida nos artigos 27, 28, 29, 30 e 31 do Decreto nº 92.512/1986:

Art. 27. O militar da ativa, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, ressalvadas as isenções previstas no artigo 28, estará sujeito às seguintes indenizações:

(...)

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se à assistência médico-hospitalar prestada por organizações de saúde sob convênio ou contrato, no que for compatível, conforme regulamentação das Forças Singulares.

A Política de Saúde do Ministério da Defesa, regulamentada nos termos da Portaria Normativa nº 2.076/MD/2015 também trata do relacionamento entre os sistemas de saúde das Forças Armadas e a iniciativa privada:

Art. 4º Para os efeitos desta Portaria Normativa, são considerados eixos estratégicos da Política de Saúde do Ministério da Defesa:

I - eixo assistencial: versa sobre o atendimento médico hospitalar-odontológico aos militares da ativa, inativos, pensionistas e dependentes, bem como aos servidores e seus beneficiários, previstos nas respectivas normas específicas, por intermédio das OMS e/ou convênios/contratos com instituições especializadas;

O relacionamento entre os Comandos Militares e a iniciativa privada ocorre mediante a celebração de contratos de credenciamento, nos termos e parâmetros estabelecidos previamente em Editais publicados pelas Forças Armadas. A modalidade de contratação a

partir do credenciamento, diferentemente das demais tipologias de contratação pelo poder público, não sagra um determinado vencedor para a prestação do serviço, mas oportuniza a participação de todos os interessados que cumpram os requisitos mínimos estabelecidos no Edital do certame.

Em pesquisa aos atos normativos vigentes que estabelecem os critérios para credenciamento de instituições privadas de saúde pelos Comandos das Forças Armadas, foram observados os Editais de credenciamento, conforme detalhamento constante do quadro a seguir:

Quadro 15 – Editais de credenciamento de Organizações Civis de Saúde – OCS

Características dos Instrumentos de Coordenação entre Comandos Militares e iniciativa privada – Editais de credenciamento de Organizações Civis de Saúde		
Comando da Marinha	Comando do Exército	Comando da Aeronáutica
<p>Editais nº 01/2017 (Assistência Médica, Hospitalar, Laboratorial, de Imagenologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e outros serviços de saúde complementares); nº 01/2019 (Odontologia); e nº 02/2019 (SIAD).</p>	<p>Editais nº 01/2020 (Assistência à Saúde aos beneficiários do FUSEX com necessidades especiais) e 02/2020 (Serviços Médico-Hospitalares, Atenção Domiciliar, Atendimento de Emergência/ Urgência, Odontológicos, Radiologia e Reabilitação).</p>	<p>Edital nº 001/ GAP-DF/ 2019 (Prestação de Serviços Médicos de Assistência Médico - Hospitalar Ambulatorial; Odontológica; Assistência Domiciliar; Laboratorial em Análises Clínicas e Anatomia Patológica; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Internação de Longa Permanência para Idosos).</p>
Critérios de coordenação e governança estabelecidos		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Da convocação 2. Do objeto 3. Da fundamentação legal 4. Das condições de participação no credenciamento 5. Da habilitação e do critério de julgamento 6. Da análise das propostas 7. Da dotação orçamentária/Dos recursos financeiros 8. Do contrato e suas alterações 9. Do regime de execução 10. Do preço dos serviços 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da convocação 2. Do objeto 3. Da participação no credenciamento 4. Da habilitação e das condições de participação 5. Dos recursos financeiros 6. Do contrato e suas alterações 7. Do regime de execução 8. Do preço e condições de pagamento 9. Da atualização de preços 10. Das obrigações do credenciante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objeto 2. Abrangência do credenciamento 3. Legislação aplicável 4. Recursos orçamentários 5. Alterações e vigência do Edital 6. Participação no credenciamento 7. Alterações e vigência do contrato 8. Remuneração e preços contratuais

11. Das condições de pagamento 12. Dos acréscimos, supressões e reajuste 13. Do credenciamento 14. Da fiscalização 15. Das obrigações do contratante 16. Das obrigações dos contratados 17. Das sanções/ Das penalidades 18. Da rescisão 19. Dos recursos 20. Impugnação do Edital e pedidos de informações 21. Das disposições gerais 22. Do foro	11. Das obrigações dos credenciados 12. Das sanções 13. Da rescisão 14. Dos recursos 15. Da assinatura do credenciamento 16. Da impugnação do Edital 17. Da revogação 18. Das disposições gerais 19. Do foro	9. Reajuste das tabelas de referência e do contrato 10. Pagamento 11. Sanções 12. Rescisão 13. Impugnação, revogação e anulação do Edital 14. Medidas acauteladoras 15. Das disposições gerais 16. Do foro
---	--	---

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Observa-se que além de constituir um instrumento de coordenação do tipo regulação, os Editais de credenciamento contêm em seu escopo outros dois tipos de instrumentos de coordenação e governança: a) do tipo tesouro, uma vez que estabelece os parâmetros para pagamento e remuneração pelos serviços prestados no âmbito das Organizações Cíveis de Saúde; b) do tipo comunicação, pois divulga a todos os interessados e demais cidadãos os critérios de contratação e parceria, bem como faculta a solicitação de informações e a possibilidade de impugnação do instrumento convocatório.

Em consequência da realização dos certames de convocação promovidos pelos Editais, surge ainda um terceiro tipo de instrumento de coordenação normativa, qual seja, o contrato estabelecido entre o poder público e cada parte. Nota-se que as cláusulas e regras de convivência entre as partes são semelhantes àquelas previstas em Edital, podendo comportar outras especificidades.

Quadro 16 – Contratos de credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde – OCS??

Características dos Instrumentos de Coordenação entre Comandos Militares e iniciativa privada – Contratos de credenciamento entre o Poder Público e as Organizações Cíveis de Saúde		
Comando da Marinha	Comando do Exército	Comando da Aeronáutica
Instrumentos de contrato decorrentes dos Editais de credenciamento nº 01/2017 (Assistência Médica, Hospitalar, Laboratorial, de	Instrumentos de contrato decorrentes dos Editais de credenciamento nº 01/2020 (Assistência à Saúde aos beneficiários do FUSEX com	Instrumentos de contrato decorrentes do Edital de credenciamento nº 001/GAP-DF/2019 (Prestação de Serviços Médicos de

<p>Imagemologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e outros serviços de saúde complementares); nº 01/2019 (Odontologia); e nº 02/2019 (SIAD).</p>	<p>necessidades especiais) e nº 02/2020 (Serviços Médico-Hospitalares, Atenção Domiciliar, Atendimento de Emergência/Urgência, Odontológicos, Radiologia e Reabilitação).</p>	<p>Assistência Médico - Hospitalar Ambulatorial; Odontológica; Assistência Domiciliar; Laboratorial em Análises Clínicas e Anatomia Patológica; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Internação de Longa Permanência para Idosos).</p>
Critérios de coordenação e governança estabelecidos:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Do objeto 2. Da vinculação ao Edital 3. Do fundamento legal/ Da legislação aplicável 4. Das condições de atendimento 5. Do regime de execução 6. Dos preços e das condições de pagamento 7. Do reajuste 8. Da vigência 9. Da dotação orçamentária 10. Da responsabilidade civil 11. Do acompanhamento do desempenho e da fiscalização 12. Das sanções/ Das penalidades 13. Da rescisão 14. Dos direitos das partes 15. Das obrigações do contratante 16. Das obrigações do contratado 17. Da negação de remuneração a militares 18. Da subcontratação 19. Do valor do contrato 20. Casos fortuitos ou de força maior 21. Vedação ao nepotismo 22. Do foro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do objeto 2. Da vinculação ao Edital 3. Do fundamento legal 4. Do regime de execução 5. Dos preços e das condições de pagamento 6. Da atualização dos preços/Do reajuste 7. Da vigência 8. Da dotação orçamentária 9. Da responsabilidade civil 10. Das sanções 11. Da rescisão 12. Das obrigações do credenciante 13. Das obrigações do credenciado 14. Da negação de remuneração a militares 15. Da subcontratação 16. Do valor do credenciamento 17. Do foro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objeto 2. Dotação Orçamentária 3. Vigência 4. Alterações do contrato 5. Valor do contrato 6. Remuneração e Preços contratuais 7. Pagamento 8. Reajuste 9. Controle e Fiscalização da execução 10. Obrigações do contratante e do contratado 11. Sanções Administrativas 12. Rescisão 13. Vedações 14. Casos omissos 15. Foro

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Além da utilização dos normativos acima mencionados como instrumento de coordenação e governança dos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, os Comandos Militares e o Hospital das Forças Armadas dispõem ainda de sistemas informatizados de faturamento hospitalar, os quais concentram as informações relativas às

faturas hospitalares dos serviços prestados por estas organizações civis de saúde, bem como dados de glosas dos valores a serem pagos, tipologias dos serviços mais demandados aos parceiros privados, constituindo importante ferramenta de gestão entre tais atores.

No âmbito do Comando da Marinha, o sistema de faturamento hospitalar utilizado é o Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da Marinha – SIGSAUDE. O Comando do Exército utiliza o Sistema de Faturamento e Encaminhamento do Exército – SIRE e, por sua vez, o Comando da Aeronáutica utiliza diversos sistemas informatizados, a depender da Unidade de Saúde. No âmbito da região de Brasília, mais especificamente no HFAB, são utilizados os sistemas AGHUSE para os procedimentos ambulatoriais e o HFAB PROMED para os procedimentos relacionados à internação de pacientes.

Conforme dados informados pelos Comandos Militares via Lei de Acesso à Informação, o HMAB possui 545 empresas da iniciativa privada atuando como parceiros para a prestação complementar de serviços de saúde; o HFAB conta com 141 instituições privadas de saúde para atuação complementar aos serviços prestados por sua Força. O Hospital das Forças Armadas, conforme dados disponibilizados pela Seção de Contas Externas da Unidade, dispõe de 65 empresas de saúde privadas credenciadas para a complementaridade de seus serviços. O Comando da Marinha, conforme dados disponíveis no sítio eletrônico do HNBra, dispõe de cerca de 150 instituições privadas como credenciados externos complementares ao seu serviço próprio de saúde.

Do quantitativo de organizações civis atuando em parceria para a execução desta política pública, é possível inferir a complexidade da teia de relações a serem geridas pelo poder público em conjunto com a iniciativa privada, ampliando a importância da qualidade dos instrumentos de coordenação utilizados para a gestão desta sistemática de governança, para a gestão, mensuração e análise da qualidade e quantidade dos serviços prestados.

3.1.11. Perspectiva Integradora da Estrutura de Governança – Maior Cooperação Entre os Atores

O arcabouço normativo que regulamenta o serviço de saúde para os militares das Forças Armadas prevê sistemas de assistência à saúde individualizados por Força Singular, cujas regras e parâmetros gerais – com exceção das questões orçamentárias e das definições constantes do Catálogo de procedimentos e indenizações às OM e OMS, estabelecidas pelo Ministério da Defesa – serão definidos no âmbito de cada Comando Militar.

Esta configuração também consta das entrevistas apresentadas na Seção 3.2. Os respondentes consideram que um dos papéis necessários à coordenação da atual estrutura de governança é a promoção de uma maior integração entre os serviços singulares, observadas as peculiaridades e necessidades de cada Força, de modo a permitir o melhor aproveitamento dos meios disponíveis.

Observa-se que o Decreto 92.512/1986, normativo central que trata da assistência à saúde aos militares, prevê a possibilidade de colaboração entre as Forças Armadas, no que tange ao atendimento aos beneficiários de Comandos Militares diversos, sobretudo naquelas localizações onde o serviço de determinada Força seja limitado.

Art. 5º Nas localidades onde não houver organização de saúde de seu Ministério, o militar e seus dependentes terão assistência médico-hospitalar proporcionada por organização congênere de outra Força Singular, quando encaminhados por autoridade competente.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste artigo aos casos em que, mesmo existindo organização de saúde de seu Ministério, existam razões especiais, relativas à carência de recursos médico-hospitalares ou a situações de urgência, que justifiquem o atendimento em organização de saúde que não a da própria Força.

Entretanto, o normativo não detalha, assim como faz em relação às demais modalidades de prestação de serviço, como ocorrerá essa colaboração, quais serão as responsabilidades das partes ou mesmo quanto à necessidade de instrumento formal que regule este tipo de parceria.

Observa-se que a regulamentação constante deste dispositivo não elenca hipóteses de gestão conjunta ou colaboração entre os sistemas, no sentido de promover ganhos em escala, melhores condições de negociação com a iniciativa privada, bem como otimização dos recursos disponíveis a cada Comando.

Verificou-se a existência de uma Política de Saúde do Ministério da Defesa, instituída pela Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015, a qual visa “*promover a cooperação entre os Sistemas de Saúde das Forças Armadas e o Hospital das Forças Armadas (HFA), com vistas a proporcionar a otimização da assistência à saúde*”. Em seu art. 3º, a Portaria Normativa nº 2.076/MD, elenca os objetivos da referida Política:

I - aprimorar a gestão em saúde no âmbito das Organizações Militares de Saúde (OMS);

II - melhorar a qualidade da prestação de serviço integral à saúde aos beneficiários dos Sistemas de Saúde das Forças Armadas;

III - promover a interoperabilidade entre as Forças Armadas(FA), com vistas ao preparo dos profissionais de saúde para o pronto apoio de saúde às novas ameaças epidemiológicas/emergências em saúde pública de importância nacional e internacional e para as missões sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU) ou referentes a Grandes Eventos; e

IV - promover mecanismos de incentivo para a captação e permanência dos profissionais de saúde do Ministério da Defesa e das FA.

A Política de Saúde do Ministério da Defesa apresenta quatro eixos estratégicos para sua atuação – assistencial, operacional, pericial e de ensino e pesquisa – e estabelece em seu artigo 7º os mecanismos a serem utilizados para promover a coordenação e integração dos processos afetos aos sistemas de saúde das Forças:

- I- proposição de normas comuns às FA;
- II - revisão periódica da doutrina de pronto emprego das FA;
- III - padronização da aquisição de materiais de saúde para otimização da atuação das FA;
- IV - capacitação de profissionais de saúde para emprego nas atividades operacionais e apoio às missões de paz sob a égide da ONU ou aos Grandes Eventos; e
- V - priorizar gestões conjuntas para o emprego de Hospital de Campanha em situações de crise, emergência e catástrofe.

Neste sentido, estabelece os papéis afetos ao Ministério da Defesa como coordenador central da estrutura de governança dos serviços de saúde e aqueles a serem exercidos pelos Comandos Militares.

Art. 11. São atribuições do Ministério da Defesa:

- I - coordenar a Política de Saúde do Ministério da Defesa, em conjunto com as Forças Armadas;
- II - elaborar, em conjunto com as FA, as diretrizes para a implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa, quando necessário;
- III - acompanhar o processo de implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa nas FA, por meio do estabelecimento de indicadores específicos;
- IV - acompanhar a implementação das Políticas Específicas de Saúde elaboradas pelas FA;
- V - promover estudos para a padronização das normas de saúde, no âmbito do MD e das FA;
- VI - promover estudos e propostas de implementação de programas e projetos visando à melhoria dos serviços de saúde prestados aos usuários do Sistema;
- VII - acompanhar os estudos para a melhoria da gestão e racionalização dos programas e projetos de saúde do MD e das FA;
- VIII - coordenar a realização de treinamentos na área de Medicina Operativa/Operacional para avaliar a operacionalidade das FA, durante as Operações Conjuntas;
- IX - promover o intercâmbio entre o MD e as instituições de saúde das FA;
- X - acompanhar os temas debatidos nos Comitês Nacionais e Internacionais afetos às áreas de saúde, e divulgar, no âmbito das FA, a legislação pertinente em vigor;
- XI - designar representantes do MD para eventos nas áreas afetas à saúde; e
- XII - promover a realização periódica de reuniões, seminários e simpósios relativos à área de saúde das FA.

Art. 12. São atribuições das FA:

- I - elaborar e implementar as Políticas Específicas de Saúde, de acordo com as especificidades de cada FS;
- II - manter o MD atualizado sobre as Políticas Específicas de Saúde elaboradas em sua respectiva FS;
- III - encaminhar ao MD propostas de assuntos a serem compartilhados para promover a padronização e a otimização das ações militares na área de saúde;
- IV - incentivar a participação de seu pessoal relacionado à área em cursos e eventos atinentes à saúde militar;
- V - promover o contínuo aperfeiçoamento da equipe técnica responsável pela área de saúde das FA, de forma a manter a operacionalidade de seu efetivo;

- VI - estimular a permanência do pessoal qualificado em saúde das FA no exercício de atividades afins;
- VII - assegurar, de forma coordenada, o ingresso de pessoal graduado na área de saúde; e
- VIII - promover a realização periódica de reuniões, seminários e simpósios relativos à área de saúde das FA.

Embora mencionado no art. 2º da Política de Saúde do Ministério da Defesa como um dos integrantes para a promoção da interoperabilidade dos serviços de saúde das Forças, nota-se a ausência de menção aos papéis a serem exercidos pelo Hospital das Forças Armadas nesta configuração.

Foram localizadas menções esporádicas quanto ao apoio no atendimento de saúde de uma Força Armada aos militares das demais Forças, em situações nas quais não seja possível a prestação do serviço pela Força originária. Semelhantemente aos demais instrumentos de coordenação analisados, estas menções esparsas não detalham com maior clareza de que forma ocorrerá esta colaboração.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 – MARINHA

O objeto do presente Edital destina-se ao credenciamento de OCS para **prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial, de imagenologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e outros serviços diagnósticos e terapêuticos complementares, aos usuários do SSM, bem como àqueles dos Sistemas de Saúde do Exército e da Aeronáutica**, nas localidades componentes da área de jurisdição do Comando do 7º Distrito Naval e da abrangência, no que tange à prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH), do HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, a saber, Distrito Federal e Municípios do Estado de Goiás, conforme condições vigentes no Artigo 25, *caput*, da Lei 8.666/93 (grifo nosso).

EDITAL DE CREDENCIAMENTO 02/2019 - COMANDO DA MARINHA

1. DA CONVOCAÇÃO

1.1. A União, representada pelo HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, da MARINHA DO BRASIL, torna público para conhecimento dos interessados que na data. Horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Cívicas de saúde (OCS), para prestação de Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), mediante as condições estabelecidas neste ato convocatório e seus anexos, subordinando-se em tudo o que for aplicável a Lei 8.666/1993 de 21 de junho de 1993, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.

2. DO OBJETO

2.1. O objeto deste Edital é o credenciamento, no Distrito Federal, Estados de Goiás, Tocantins e Minas Gerais (Brasilândia de Minas, Cabeceira Grande, Dom Bosco, Formoso e Natalândia), áreas sob a jurisdição com Comando do 7º Distrito Naval e de abrangência do HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA – HNBra, de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) interessados na **prestação de Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), contribuintes do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) e em casos excepcionais, os beneficiários dos Fundos de Saúde do Exército (FUSEX) e da**

Aeronáutica (FUNSA), com a respectiva autorização de atendimento emitida pelo HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, conforme condições vigentes no art. 25 da Lei nº 8.666/1993 (grifo nosso).

3.1.12. Perspectivas de Melhoria da Atual Estrutura de Governança

Não foi possível localizar normativos ou instrumentos de coordenação contendo iniciativas recentes de melhoria, modificação ou revisão das estruturas de governança existentes para a prestação do serviço de assistência à saúde na região de Brasília.

As últimas iniciativas, tanto do Ministério da Defesa, quanto dos Comandos das Forças Armadas se referem à estruturação de sistemas de governança de caráter mais geral, nos termos das Políticas de Governança e Comitês estabelecidos conforme Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 – Conselho Superior de Governança do MD; Portaria nº 336/2018/EMA, de 29 de novembro de 2018 - Plano de Integridade da Marinha do Brasil; Portaria nº 1.738/GC3, de 04 de outubro de 2019 - Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira; Portaria nº 2.189/GC3, de 19 de dezembro de 2019 - Diretriz de Governança do Comando da Aeronáutica; Portaria nº 004, de 03 de janeiro de 2019 – institui o Comitê de Governança e Gestão de Riscos no Exército Brasileiro; Portaria EME/C Ex nº 465, de 09 de agosto de 2021 - Diretriz de Governança e Gestão do Comando do Exército; e Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021 - Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD.

Este pode ser um indicativo de que a perspectiva da governança passa a constituir assunto de relevância para discussão também entre os atores envolvidos com a política de assistência à saúde aos militares em Brasília, mas ainda não constituem instrumentos voltados especificamente para os serviços de assistência à saúde.

Os instrumentos de coordenação e governança mais concretos para a tratativa de iniciativas mais integradas de governança de saúde são a Política de Saúde do Ministério da Defesa, formalizada pela Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015; e as instâncias colegiadas de deliberação, quais sejam, a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSEMEA, conforme Decreto nº 82.174/1978; a Comissão dos Hospitais Militares de Brasília – CHMBra, nos termos da Instrução Normativa nº 1/SEPESD/MD, de 20 de abril de 2016; e o Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas, previsto na Portaria nº 2.110/GM/MD, de 22 de maio de 2017.

Entretanto, não foi possível identificar, com vistas a uma análise mais apurada da efetividade de suas decisões, quais as deliberações e assuntos tratados por estes colegiados, assim como suas consequências e resultados para a melhoria da configuração das relações de governança na política de saúde aos militares na região de Brasília.

3.2. ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Com vistas a ampliar a compreensão da estrutura de governança existente na política pública de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília, seus instrumentos de coordenação, partes interessadas e perspectivas de melhoria, foi realizada a coleta de dados, a partir da realização de entrevistas com gestores de atividades relacionadas aos sistemas de saúde das Forças Armadas, nos níveis estratégico, tático e operacional.

Desta forma, as entrevistas foram organizadas a partir de nove quesitos, descritos no quadro abaixo.

Quadro 17 - Questões propostas para as entrevistas semiestruturadas

Questões propostas para entrevistas semiestruturadas
1.1. Qual a importância da existência de uma estrutura de coordenação central para o funcionamento do sistema de saúde das Forças Armadas?
1.2. Esta estrutura existe atualmente? Seria possível citar quais as instâncias responsáveis pela governança do sistema de saúde das Forças em Brasília?
1.3. Essa estrutura possui uma configuração adequada? Há representatividade de todos os interessados?
1.4. A atual estrutura de governança tem atuado de forma ativa nas decisões sobre a operacionalização do sistema de saúde das Forças?
1.5. Seria possível citar decisões adotadas pela estrutura de governança que tenham afetado a operacionalização dos sistemas de saúde das Forças?
1.6. As decisões adotadas pela atual estrutura de governança possuem configuração mais centralizadora, descentralizada ou neutra? Por quê?
1.7. Existem instrumentos de formalização dessa estrutura de governança? Seria possível citar alguns (legislação, normas administrativas, manuais, sistemas de informação, instâncias colegiadas, outros)?
1.8. Como ocorre o relacionamento entre os sistemas de saúde das Forças e os parceiros da iniciativa privada, como as Organizações Credenciadas de Saúde?
1.9. Há alguma sugestão para a melhoria da configuração ou das relações de coordenação/ governança do sistema de saúde das Forças?

Fonte: Elaboração própria, 2021.

A amostra obtida pelas entrevistas abarcou as seguintes categorias de entrevistados:

Quadro 18 – Categorização dos profissionais entrevistados

Profissionais entrevistados por categoria
--

Categoria	Entrevistados
Diretores de Hospitais	G, H, I
Diretores de Departamentos de Saúde	F
Gestores/Assessores de áreas de planejamento, gestão e governança	A, B
Gestores/Assessores de nível estratégico	C, E
Gestores/Assessores de nível tático/operacional	D, J
TOTAL DE ENTREVISTADOS	10

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Observou-se que o termo governança foi compreendido pelos respondentes como as instâncias organizadas em função de determinada política pública, não limitando sua percepção aos conceitos de governança utilizados exclusivamente como mecanismos de controle.

Assim, a acepção de governança adotada pelos respondentes durante as entrevistas diz respeito à habilidade para reunir abordagens e interesses de diferentes atores em função da resolução de problemas comuns ou ainda a capacidade para a definição de competências e papéis a serem desempenhados pelos interessados em determinada política pública.

Cumprir transcrever a definição dada por um dos respondentes ao termo governança, que a fez a partir de uma interessante comparação entre o significado de governança como o ajuste e a coordenação de interesses diversos para alcance de uma finalidade comum e o funcionamento interdependente das especialidades e profissões relacionadas à saúde:

O sistema de saúde é baseado em vários setores com suas respectivas competências. Cada setor tem a sua competência. Então, ele tem que estar alinhado a uma diretriz geral, que seria a governança, para poder funcionar, haja vista que cada funcionalidade, cada especialidade, tem o seu comportamento. Por exemplo: a Enfermagem tem um comportamento de formação. A formação deles é voltada para determinadas características. O fisioterapeuta, o médico, possui outra formação. E dentro da própria medicina, cada especialidade também tem suas próprias características, como o Neurocirurgião, como o Radiologista. Então, se cada especialidade dessas não funcionar baseada em uma governança, em uma diretriz, o sistema todo é prejudicado. Não temos um resultado maior do que suas partes.

Outra interessante ponderação dos entrevistados em relação às estruturas e estratégias de governança foi a necessidade de diferenciar a governança estratégica, voltada para um planejamento a médio e longo prazo, da governança e coordenação executivas, realizada, segundo os respondentes, em uma perspectiva de curto prazo, mais voltada à execução e operacionalização das tarefas rotineiras.

Eu faço governança estratégica hoje, sentado aqui, pensando em daqui cinco, dez, quinze, vinte, até cinquenta anos, se eu conseguir montar um cenário. Não é isso o

que acontece na prática. A gente fica muito preocupado em montar um cenário para tratar, com a governança estratégica, um problema que aconteceu hoje.

O problema que aconteceu hoje é da governança de execução, não é da governança estratégica. O ensinamento daquele problema que aconteceu hoje é que tem que ser levado para o nível da governança estratégica para projetar, para ele não acontecer de novo. Então, tudo isso aí são coisas que vem acontecendo exatamente pela falta de uma orientação muito clara, muito segura, com objetivos claros.

As impressões compartilhadas pelos entrevistados resultaram na categorização de algumas temáticas para discussão – as mesmas que figuram como direcionamento da análise constante da Seção 3.1, quais sejam: 1 - Importância da estrutura de coordenação e governança; 2 - Presença de coordenação formal e informal nas relações de governança em saúde; 3 - Clareza quanto à estrutura de governança existente; 4 - Adequação da estrutura de governança e representatividade dos interessados; 5 - Importância das instâncias colegiadas para a gestão da assistência à saúde; 6 - Efetividade da atuação da estrutura de governança; 7 - Configuração das relações de coordenação e governança; 8 - Clareza quanto à existência de instrumentos de governança; 9 - Relacionamento da estrutura de governança com a iniciativa privada; 10 - Perspectiva integradora da estrutura de governança – maior cooperação entre os atores; e 11 - Perspectivas de melhoria da atual estrutura de governança.

Esta análise visa reforçar ou contrapor as informações observadas nos instrumentos formais de coordenação e governança, quais sejam, normas e regulamentações específicas sobre o tema, existentes no âmbito do Ministério da Defesa, Comandos das três Forças Singulares e Hospital das Forças Armadas.

3.2.1. Importância da Estrutura de Coordenação e Governança

Os entrevistados foram unânimes em destacar a importância de uma adequada estrutura de governança para o adequado funcionamento dos sistemas de saúde das Forças Armadas, bem como para a promoção de uma maior integração entre estes, uma vez que *“tudo aquilo que se buscar fazer de maneira coordenada, fazer junto, respeitada a peculiaridade de cada um, é um ganha-ganha”*. Assim, a estrutura de coordenação e governança foi conceituada como *“o grande centro de gravidade”* necessário ao melhor desempenho e gestão dessa política pública.

Os respondentes identificam o Ministério da Defesa como gestor responsável pela coordenação central dos esforços relacionados à assistência à saúde para os militares e reconhecem que necessitam ser promovidas melhorias em busca de uma maior efetividade das ações desempenhadas por seus atores. Assim relatam que *“quem tem autoridade pra fazer*

essa coordenação é o Ministério da Defesa, lá na sua Secretaria de Ensino, Pessoal, Saúde e Desporto, a SEPESD”.

Consideram que uma coordenação mais efetiva por parte do Ministério da Defesa constitui requisito necessário à evolução dos respectivos sistemas de saúde e entendem que essa evolução compreenda, necessariamente, uma maior regulação dos serviços prestados no âmbito de cada hospital militar, de modo a estruturar um sistema baseado em níveis de assistência, categorizados em baixa, média e alta complexidade, necessitando definir, para tanto, as vocações inerentes a cada unidade hospitalar e o meio de relacionamento entre estas, de forma a regular o encaminhamento dos usuários aos níveis subsequentes.

Em 2019, se não me engano, houve um grupo de trabalho do Ministério da Defesa envolvendo as Forças. Nesse trabalho, uma das coisas que foi discutida era realmente o que se espera dos hospitais da Guarnição, em especial do HFA.

Conversou-se sobre isso, mas um dos pontos era tentar conciliar os hospitais da guarnição com o Hospital das Forças Armadas. Até onde iriam os hospitais da guarnição, até que nível iriam, de atendimento à saúde – só primário? Iriam um pouco mais acima? E o HFA? Ficaria só em qual nível? Então, isso chegou a ser ventilado e discutido por ocasião desse grupo de trabalho, coordenado pelo Ministério da Defesa, envolvendo as três Forças, e uma das conclusões é de que precisaria realmente haver essa coordenação, essa complementaridade.

(...)

A gente entende, é uma questão política, a questão envolvendo cada Força. Cada Força procura cuidar da saúde dos seus integrantes e o Ministério da Defesa precisaria tentar juntar tudo isso com o HFA. Fazer essa complementaridade.

Apontam que o caminho contrário, ou seja, a fragmentação de iniciativas de saúde, resulta em estruturas superpostas de saúde e no desperdício de insumos e de profissionais, os quais não são utilizados em sua plenitude ou com a maior eficiência possível.

Defendem que Brasília é um importante fórum para este tipo de discussão, uma vez que, diferentemente de outras unidades federativas, concentra a presença de hospitais militares das três Forças Armadas, bem como de um hospital de responsabilidade direta do Ministério da Defesa – o HFA.

A atual estrutura está compartimentada dentro de cada uma das Forças. Então, o Exército tem seu hospital, a Marinha tem seu hospital e a Força Aérea tem o seu hospital e o Ministério da Defesa tem o seu hospital, não necessariamente eles fazem um sistema.

O ideal é que houvesse uma estrutura que pudesse coordenar esses quatro hospitais na Força e, além disso, ter as condições gerenciais pra enxergar também os gastos com encaminhamentos nos hospitais privados. Tudo isso faz um sistema e precisa ser coordenado de forma integrada e centralizada.

Seria o ideal que nós criássemos uma estrutura de governança que enxergasse e tivesse o poder de coordenar todas essas quatro peças, na realidade cinco, são: os três hospitais das Forças, mais o Hospital das Forças Armadas e mais os encaminhamentos para os hospitais civis.

(...)

Diria eu como, por exemplo, Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, alguns locais onde exista a presença das três Forças, há necessidade de a gente evoluir para esse

sistema, para criar formalmente um sistema de governança que melhore essa integração das Forças e evite a perda de eficiência quando você atua de forma compartimentada. Isso ainda não existe, mas precisa vir a ser pensado.

Sobre esta questão, foi mencionada ainda a relevância logística de uma estrutura de governança capitaneada por uma coordenação central, a qual permitiria ações de contratação e gestão integradas, assim como ganho em eficiência e escala, com melhor aproveitamento dos recursos orçamentários disponibilizados a cada unidade.

Assim, a estrutura de governança existente em Brasília, centralizada no Ministério da Defesa, possuiria grande potencial “*no sentido de melhor aproveitar os meios existentes*”, facilitando a

coordenação e o emprego das ferramentas existentes, dos meios existentes na Guarnição de Brasília. Então quando você reúne esses meios e os utiliza de uma forma mais otimizada, eu acho que isso vai trazer mais benefícios, tanto para os profissionais, quanto para os usuários. Acho que o grande ganho está nessa utilização dos meios.

Outro aspecto mencionado pelos entrevistados diz respeito ao desafio de gerenciar os conflitos subjacentes às diferentes culturas organizacionais. Embora possa existir uma falsa impressão de que, por se tratar de três Forças Armadas, seus objetivos e necessidades sejam naturalmente convergentes, isto nem sempre será verdade, uma vez que cada Força Singular possui sua cultura organizacional e suas prioridades, as quais variam em quantidades e características, a depender da região do país e da atividade que desempenham.

Desta maneira, menciona-se a necessidade de mediação das iniciativas integradas de saúde, de modo a conduzir o tenuous equilíbrio entre a otimização de recursos e estruturas e o respeito à autonomia, características e necessidades singulares de cada Comando Militar – tarefa bastante desafiadora a qualquer instância de coordenação.

Um dos aspectos ressaltados pelos entrevistados é a necessidade de que esta coordenação central estabeleça, de forma clara, os papéis dos atores envolvidos na estrutura de governança dos serviços de saúde em Brasília, considerando fundamental a definição da carta de serviços dessas unidades de saúde:

É importante entender que se a Guarnição tem o privilégio de ter quatro hospitais, ela tem que saber coordenar e definir o papel de cada hospital. Então, o ponto mais importante de todo esse processo é a definição da missão de cada hospital. E dentro da definição da missão, a elaboração da carta de serviços de cada hospital.

(...)

Então, o fundamental é essa divisão de atribuições, é essa regulação dos serviços. É o segredo do sucesso. E isso é algo que ainda não se faz no estado da arte, como se deveria fazer.

(...)

esse é o aspecto mais importante, o maior desafio que eu vejo de se resolver a questão da governança da saúde na guarnição, é essa coordenação, esse entendimento do papel de cada hospital.

Os entrevistados conferiram especial destaque à atuação da estrutura de coordenação e governança durante as ações de enfrentamento à pandemia provocada pela disseminação do SARS-CoV-2 (COVID-19), ocasião em que foi observada a atuação conjunta das Forças Armadas, cujas iniciativas e distribuição de papéis esteve coordenada pelo Ministério da Defesa.

Essa experiência foi mencionada por diversos entrevistados como caso de sucesso no que tange às experiências de coordenação da governança em saúde, em todo o Brasil e notadamente na região de Brasília. Relatam que *“Naquele momento da pandemia, houve uma interoperabilidade boa”*, pois havia *“uma governança de COVID, um diálogo forte, que a gente não está conseguindo transferir esse case de sucesso para as outras doenças. Mas você vê que funciona, é possível, pode funcionar”*.

Nesta perspectiva, segundo os respondentes, cada Força Singular abdicou de parte de seus recursos individuais em prol do suporte a estruturas conjuntas de enfrentamento à pandemia. Logo, foram concentrados esforços relativos a recursos humanos, insumos e regulação de atendimentos, como forma de criar uma estrutura comum para atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19.

O sucesso nas iniciativas integradas, levadas a efeito para enfrentamento da COVID-19, ampliou o debate sobre as oportunidades de maior integração dos serviços de saúde das Forças. Os entrevistados acreditam que esse fórum possa ser ampliado para outras iniciativas de caráter continuado entre as instâncias de assistência à saúde nas Forças, promovendo o que é chamado de maior interoperabilidade entre os hospitais militares.

Consideram que esta discussão possui caráter de vital importância para a sustentabilidade dos sistemas de saúde das Forças e, conseqüentemente, de seus Fundos de Saúde. Portanto, sugerem a *“criação de estruturas de governança conjuntas, encabeçadas pelo Ministério da Defesa”* como fator essencial para o sucesso dos serviços prestados.

Assim, mencionam que um sucesso ainda maior pode advir das *“lições aprendidas”* em resposta ao Coronavírus, de modo que se possa *“continuar adotando essa estrutura de governança conjunta daqui para a frente, no atendimento geral ou quem sabe até uma interoperabilidade dos hospitais militares”*, demandando necessariamente a existência de *“uma coordenação central”*. Estes relatos apontam para o fato de que *“a pandemia forçou essa junção. Eu vi com muitos bons olhos, como um case de sucesso, na prática forçada, de que funciona, e não só isso, é essencial para a sobrevivência no longo prazo do sistema”*.

3.2.2. Presença de Coordenação Formal e Informal nas Relações de Governança em Saúde

Outros relatos contidos nas entrevistas tratam da percepção quanto à existência de instâncias formais e informais de coordenação. Os respondentes citam a presença de deficiências na estrutura formal de coordenação, ao passo em que afirmam que parte destas deficiências acaba por ser resolvida através de iniciativas informais de coordenação.

Os entrevistados ressaltam a importância das iniciativas informais e concordam que dificilmente estas serão superadas em sua totalidade, considerando-as como fundamentais para a gestão dos conflitos entre os partícipes da estrutura de governança. Em um dos relatos é mencionado que as atividades em nível mais operacional “*funciona pelo bom diálogo entre os Diretores dos hospitais, pela conversa do dia a dia, mas não por uma estrutura. É uma estrutura informal.*” Entretanto, destacam que sua presença não deve dominar os fóruns de resolução de problemas comuns, por se tratar de iniciativas, geralmente, bilaterais.

Assim, essa coordenação de caráter informal não possuiria, segundo os respondentes, o condão de resolver os problemas comuns de maneira mais aprofundada e duradoura. Ressaltam que, para deliberações que desejem obter efeitos contínuos, faz-se necessário o fortalecimento da dimensão formal da governança, estabelecida mediante instrumentos expressos.

Esclarecem que a coordenação informal dificilmente vincula os participantes da política pública, ainda que esteja superiormente presente em relação às práticas estabelecidas de coordenação formal. Para que haja coordenação informal, entendem como pressupostos: a necessidade de bom relacionamento e de interesses comuns entre as partes, sendo, portanto, mais aplicável a situações de menor alcance.

Os entrevistados ressaltam que a criação, no ano de 2010, da Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto no âmbito do Ministério da Defesa, com incumbências específicas para a gestão da assistência à saúde, tenha constituído significativo avanço para a estrutura de governança dos serviços de saúde das Forças. Entretanto, mencionam que esta coordenação necessita ser maturada, que ao longo do tempo, as discussões sobre uma atuação mais integrada entre os partícipes têm evoluído, mas que ainda constitui um paradigma que demanda fortalecimento.

A maior parte dos respondentes considera que a estrutura formalmente instituída é suficiente para a gestão da política pública de saúde e que a necessidade está mais relacionada

ao avanço das deliberações em seu cerne e não necessariamente ao seu fortalecimento em termos de estrutura de pessoal ou instâncias de deliberação.

Assim, acreditam que a estrutura atualmente estabelecida para a governança de saúde das Forças seja “ *muito mais informal do que formal. Ela depende de pessoas, depende de entendimentos*”. Por esta razão, o processo formal de coordenação careceria de avanços para sua maior efetividade.

3.2.3. Clareza Quanto à Estrutura de Governança Existente

Um dos aspectos que se buscou identificar durante as entrevistas foi compreender se há clareza de entendimento quanto às instâncias de governança existentes na estrutura formalmente estabelecida. Ou seja, se os respondentes saberiam identificar as Secretarias e Departamentos responsáveis pela gestão da política, reconhecendo os interlocutores envolvidos na condução dos serviços de saúde aos militares na região de Brasília.

Observou-se que a maior parte dos respondentes soube apontar as instâncias responsáveis, às vezes não em sua totalidade ou às vezes mais familiarizados com as instâncias relativas à Força Armada a qual pertençam. Mas, de maneira geral, a estrutura de governança formalmente instituída foi bem identificada pelos respondentes, observando-se um maior reconhecimento por parte dos entrevistados dos grupos tático e estratégico e um menor reconhecimento por parte do grupo operacional.

Quadro 19 – Trechos de entrevistas que tratam do reconhecimento da estrutura de governança existente

Entrevistas – Estrutura de governança dos serviços de saúde das Forças Armadas na região de Brasília	
ENTREVISTADO A	Cada Força tem uma Diretoria de Saúde. De forma geral é uma Diretoria de Saúde que coordena todas as atividades de saúde dentro da Força. Então, a partir dela, saem as normas, as diretrizes para que os Hospitais funcionem. Assim como também regulam as movimentações. Apesar de cada órgão ter um responsável pelas movimentações, esses órgãos seguem as diretrizes dessa Diretoria de Saúde quando se refere a pessoal de saúde. E no Ministério da Defesa, especificamente na Administração Central do MD, nós temos a SEPESD, que é uma Secretaria que trata, entre outros assuntos, da saúde. Então, tudo no MD, no nível Administração Central, sobre saúde, é a SEPESD. E dentro das Forças, é a Diretoria de Saúde.
ENTREVISTADO B	Eu conheço com um pouco mais de profundidade a do Exército, mas existem estruturas similares que dá para a gente fazer uma analogia. Então em cada Força existe uma Diretoria de Saúde. Esses hospitais existentes aqui na Guarnição, eles são vinculados a essas Diretorias, seja da Marinha, seja do Exército, seja da Força Aérea.

	No caso do Hospital das Forças Armadas, ele está ligado diretamente a uma Secretaria do Ministério da Defesa, onde existe também uma Diretoria de Saúde.
ENTREVISTADO C	Dentro da estrutura macro, cada Força tem as suas respectivas Diretorias de Saúde, que são órgãos específicos para tratar desse sistema, uma vez que a Força tem toda uma complexidade, tem a vertente operacional, tem a vertente de ensino e pesquisa, tem a vertente de tecnologia, a parte de gestão propriamente dita. Então, cada Força tem seu órgão específico para os interesses de cada Força, coordenados por um órgão central, superior a esses três.
ENTREVISTADO D	Eu não sei dizer cem por cento se existe uma estrutura formal, se tem um nome dado a essa estrutura, mas a gente vê que ela é encabeçada pela SEPESD, que é a Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto do Ministério da Defesa, e ela tem grande participação das Diretorias de Saúde das Forças e junto a elas o Comando Logístico do HFA e tem participação também dos Departamentos de Pessoal das três Forças que também acabam respondendo à SEPESD, dentro ali das peculiaridades da Secretaria.
ENTREVISTADO E	Nós temos não só os hospitais das Forças, das três Forças - Exército, Marinha e Aeronáutica, assim como o Hospital das Forças Armadas e os Departamentos de Saúde dessas Forças, que regulamentam e fornecem os meios necessários para que possam funcionar da melhor forma. No Ministério da Defesa nós temos o DESAS que é o Departamento de Saúde, me foge agora o significado da sigla. Mas, lá no Ministério da Defesa existe essa estrutura do DESAS que propicia esse trabalho.
ENTREVISTADO J	nós temos o Ministério da Defesa que é o órgão que enquadra diretamente o Hospital das Forças Armadas e por meio dos Comandos do Exército, Marinha e Força Aérea enquadram as Forças. Então existe, dentro do Ministério da Defesa, a SEPESD que tem essa gestão na parte de saúde. (...) Dentro de cada Força tem a Diretoria de Saúde. (...) Acredito que na Marinha e na Força Aérea, que eu sei que existe essa Diretoria, Diretoria de Saúde, acredito que o <i>modus operandi</i> deva ser semelhante ao do Exército.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

3.2.4. Adequação da Estrutura de Governança e Representatividade dos Interessados

A maior parte dos respondentes considera que a estrutura de governança vigente para a política de assistência à saúde dos militares está adequada, o que não impede melhorias em sua configuração. Consideram que a representatividade das partes interessadas é o principal ponto a ser revisto, como forma de otimizar as deliberações necessárias ao avanço dos serviços de saúde das Forças Armadas.

Uma das questões pontuadas em relação à importância de uma representatividade forte, contando com a presença de todos os interessados nos fóruns deliberativos, diz respeito à alternância de governos que conseqüentemente se reflete na alternância dos gestores responsáveis pela coordenação da política de saúde no âmbito do Ministério da Defesa.

Acrescido à alternância de gestão do Poder Executivo Federal, a gestão das Secretarias do Ministério da Defesa possui ainda a peculiaridade de alternância entre administradores das três Forças Armadas, o que amplia o espectro de possibilidades de modificação das prioridades de atuação. Desta forma, os respondentes consideram que uma maior estabilidade ou mesmo um mandato, com tempo de permanência estabelecido, poderia favorecer as deliberações e iniciativas de médio e longo prazo.

Ressaltam a importância de uma representatividade forte, tendo em vista as peculiaridades da área de saúde, a qual consiste em temática de caráter técnico, de crescente complexidade e cada vez mais demandada pelos usuários e pela opinião pública. Portanto, enfatizam também a necessidade de uma governança mais voltada para os aspectos estratégicos e não apenas operacionais da política de saúde das Forças.

Em outra perspectiva, aparentemente contrária à mencionada no parágrafo anterior, alguns respondentes mencionam a carência de maior representatividade das instâncias operacionais da política de saúde. Analisando-se o contexto, observa-se que não se trata de vertentes contrárias, mas complementares.

Os respondentes dos níveis operacionais entendem que a inadequada representatividade destas instâncias pode causar uma assimetria de informações, fazendo com que as decisões tomadas nas esferas estratégicas, caso não estejam munidas de dados concretos por parte da atividade de execução, poderão resultar em medidas inexecutáveis ou afastadas da realidade prática das unidades hospitalares.

falta um pouco de conhecimento de fato do que acontece na ponta da linha, no chão de fábrica, no dia a dia das unidades hospitalares e eu acho que essa dificuldade que existe ainda no meio de campo, no tocante à comunicação, entre a ponta da linha, o operacional, e o estratégico, em nível ministerial, dificulta que a decisão tomada tenha de fato uma eficácia, seja realista. E aí essa dificuldade deriva dessa, poderia dizer, assimetria informacional, assimetria de experiência mesmo.

Alguns dos entrevistados entendem que seria necessário o estabelecimento de fóruns de deliberação com maior representatividade dos níveis tático e operacional, de modo que os problemas rotineiros, relacionados à coordenação dos esforços dos hospitais na região de Brasília, pudessem ser adequada e mais rapidamente resolvidos.

A estrutura talvez seja até adequada e a questão de representação ou não é uma questão de você decidir quem senta na cadeira, é uma coisa que é flexível. Todos têm voz, sem problema nenhum. A questão é você fazer funcionar. Você tem o que é decidido estrategicamente, que assim, é até mais fácil de você decidir, mas a grande dificuldade é você operacionalizar.
(...)

Mas aí, se você tivesse uma Câmara de governança para o operacional, você discutia isso toda semana. Eu chegava e falava: está sobrando vaga aqui na neurocirurgia, na ortopedia. Você não está encaminhando ninguém, não tem demanda? Aí você traria, por exemplo, os gestores da região militar, que controlam isso, e aí o gestor iria descobrir na hora.

Os respondentes consideram que a política de governança em saúde no âmbito do Ministério da Defesa, ainda que com seus déficits e necessidades de melhoria, sofreu uma notável evolução nos últimos cinco anos, a partir da nova configuração de gestão do Hospital das Forças Armadas, voltada para uma maior convergência de atuação entre as Forças Armadas, bem como em função de reuniões sistematizadas entre os representantes das atividades de saúde das Forças Singulares e do Ministério da Defesa. Relatam que, infelizmente, com a pandemia, essa crescente foi interrompida, mas que deve ser retomada a partir do momento em que o contexto se estabilizar:

de 2017 até o início da pandemia, houve ao menos duas reuniões anuais pra coordenar, pra tentar melhorar essa coordenação. De uma certa forma, ainda informal, porque o poder de decisão dentro de cada hospital é da Força. Mas tentou-se de certa forma avançar e houve uma melhoria nesse aspecto. O que não quer dizer que seja suficiente. Mas houve um avanço nesse sentido.

Um interessante relato constante das entrevistas diz respeito à identificação do papel de coordenação central realizada pelo MD. Segundo os respondentes, os Hospitais militares não possuem clareza quanto à coordenação realizada pelo Ministério da Defesa, atribuindo a responsabilidade quanto ao direcionamento de suas atividades exclusivamente aos Comandos Militares aos quais estão subordinados.

quem deveria fazer essa coordenação, quem tem autoridade pra fazer essa coordenação é o Ministério da Defesa, lá na sua Secretaria de Ensino, Pessoal, Saúde e Desporto, a SEPESD.

(...)

muitas vezes aquele hospital, dentro da Força dele, não enxerga esse papel de governança do MD. Ele entende que tem que ser governado pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica e não pelo MD. Então, esse é um problema da própria relação do MD com as Forças. Então essa daí é uma realidade que se propaga também na estrutura de gestão da saúde na Guarnição.

Esta perspectiva se coaduna com a fragmentação das estruturas de governança dos serviços de saúde em Brasília, ora configurados a partir de representação indireta dos partícipes – apenas no nível mais estratégico e não necessariamente representada pelos dirigentes dos Hospitais – ora por desenhos diferentes de governança, entre MD e Forças Armadas e entre MD e HFA.

3.2.5. Importância das Instâncias Colegiadas para a Gestão da Assistência à Saúde

Um aspecto recorrente durante as entrevistas diz respeito à relevância do papel exercido pelas instâncias colegiadas, nas decisões referentes aos sistemas de saúde. Os respondentes entendem que as instâncias colegiadas e os fóruns deliberativos entre as Forças Armadas e o Ministério da Defesa são instrumentos de coordenação que visam atenuar questões relacionadas à: assimetria de informações; melhor compreensão das diversas culturas organizacionais e interesses dos partícipes; maior representatividade dos interessados; e clareza quanto às diretrizes centrais.

realmente nós temos algumas carências para maior representatividade. Para atenuar, a SEPESD faz uma reunião semanal com todos os diretores da área da Guarnição de Brasília. Então, nesse momento ela externa a diretriz do Secretário e escuta as principais carências, os principais problemas das respectivas Forças. É uma forma de estreitar mais essa distância que tem a Administração Central do MD em relação às demais Forças, Exército, Marinha e Aeronáutica.

A existência deste fórum semanal de diálogo entre os gestores dos serviços de saúde em Brasília foi ratificada por outros respondentes.

existe uma reunião de governança onde participa o Comandante Logístico no Ministério da Defesa e que tratam assuntos do Ministério e entre eles o HFA e a governança de saúde, que entendo ser um fórum de debates e decisões acerca da governança de saúde aqui na Guarnição de Brasília. Que eu saiba a periodicidade é semanalmente.

Os entrevistados mencionaram ainda a existência de um Conselho Consultivo formado pelos representantes das instâncias de saúde na região de Brasília, responsáveis por deliberar assuntos com repercussão comum para a prestação da assistência à saúde aos militares das três Forças Armadas.

A estrutura de coordenação que eu vejo que existe são as reuniões do Conselho Consultivo, que envolve essa estrutura de saúde das Forças e do HFA e que procuram direcionar as decisões para que o sistema possa melhorar.

Quanto à estrutura das instâncias colegiadas, observa-se que nem todos os respondentes possuem clareza quanto à sua existência, papel ou funcionamento, sobretudo nos níveis mais operacionais da política pública. Quanto aos respondentes do nível estratégico, quando questionados sobre a estrutura e representatividade nestes fóruns, informam que eles seguem a mesma linha do corpo de governança formalmente instituído,

encabeçado pelo SEPESD, estruturado pelas Diretorias de Saúde e Diretoria de Pessoal das Forças, com representantes do HFA e que eu creio que vai ser a estrutura que estará guiando essa interoperacionalização com as Forças.

Os entrevistados sugerem que, para maior efetividade dos colegiados, suas decisões necessitariam alcançar um posicionamento que ultrapasse o caráter apenas consultivo, de forma a traduzirem-se em ações efetivas por parte dos sistemas de saúde das Forças.

Surgem muitas ideias, muitos projetos, mas por conta de haver ainda aquela necessidade de uma ação mais proativa dessa estrutura, eu vejo que fica ainda um pouco no mundo das ideias. Como ainda há aquela ideia muito individualizada da saúde nas Forças, acaba que suas deliberações ainda não se transformaram em ações mais concretas.

Além disso, entendem que as decisões de tais colegiados deveriam possuir caráter amplo, abrangendo sua execução e cumprimento no âmbito das três Forças, de modo a permitir uma maior unificação dos serviços prestados, conferindo-lhes maior similaridade.

Os conselhos, eles são mais consultivos, então mesmo que eles tenham alguma decisão ou tomem alguma decisão, deliberem, ela tem que ser ratificada ou retificada individualmente pela Força. Então, não sei se as resoluções dos conselhos têm conseguido atingir algum resultado.

Outra observação importante em relação aos colegiados é a de que seria importante o estabelecimento de colegiados de caráter mais tático e operacional, de forma a resolver as questões mais práticas e rotineiras do dia a dia hospitalar. Neste sentido, os entrevistados entendem que, embora exista representatividade de todos os interessados, como está ocorre precipuamente no nível estratégico, estas decisões muitas vezes não se traduzem para o nível operacional ou não conseguem ascender do nível operacional até os decisores em nível estratégico.

Eu propus e até agora não foi aceito, a criação de uma Câmara de Governança de Assistência de Saúde da Guarnição de Brasília.

(...)

Então, se você não monta uma Câmara de governança onde todos os atores sejam bem representados e você possa nessa Câmara definir quem é que tem prioridade, você não consegue ser justo.

(...)

É o que devia estar sendo feito aqui com relação à questão de saúde. Para que você, por exemplo, não tivesse situações que ocorrem, do hospital da Força encaminhar um paciente, por exemplo, às vezes para uma cirurgia de tumor no cérebro, uma neurocirurgia, que poderia ser feita no HFA. Mas ele não tem a comunicação adequada com o HFA (...) por falta de coordenação.

(...)

Uma Câmara operacional, não é para ficar discutindo estratégia, discutindo teoria. É pra sentar e ver quais são os problemas do dia a dia que estão acontecendo e quem pode resolver o quê, da melhor maneira.

(...)

A Câmara permitiria maior transparência. A Câmara de Governança mostraria isso, porque às vezes o gestor que está mais no alto não está enxergando uma manobra mal feita.

Neste tópico também foi mencionada a dificuldade de promover consenso entre culturas organizacionais distintas, o que demanda a atuação de uma coordenação central como papel de mediador das decisões.

nem todos os atores interessados se colocam a respeito das tratativas para essa governança. Existem claramente representantes de todas as Forças, mas com visões muito individuais da Força, em relação a essa governança.

Então talvez se houvesse um envolvimento maior dos Comandos das Forças, essa representatividade seria mais evidente.

(...)

Eu entendo que seria de vital importância uma centralização dessa governança aqui na Guarnição de Brasília, tendo em vista nós termos quatro unidades de saúde militares, (...) entendo que nós poderíamos otimizar muito mais o emprego dos recursos humanos se tivesse uma gestão centralizada das ações dos hospitais aqui da Guarnição de Brasília.

3.2.6. Efetividade da Atuação da Estrutura de Governança

Um dos questionamentos realizados aos entrevistados buscou melhor compreender a efetividade da atuação da estrutura de governança a partir da menção a decisões adotadas por seus interlocutores que, de fato, tenham afetado a operacionalização dos sistemas de saúde das Forças.

Os respondentes entendem que ocorreram poucas, mas importantes decisões por parte da estrutura de governança em saúde atualmente vigente, que afetaram a execução dos serviços de saúde no âmbito das Forças Armadas. As decisões mencionadas pelos entrevistados dizem respeito à sistemática de gestão do Hospital das Forças Armadas; ao estabelecimento de Grupo de Trabalho que tratou de perspectivas para a resolução de problemas relacionados à evasão de pessoal no Hospital das Forças Armadas; e às medidas necessárias ao enfrentamento conjunto, por parte dos hospitais militares, da pandemia provocada pela disseminação da COVID-19.

Houve menção a uma decisão da estrutura de governança atual que teria resultado na alteração das configurações de gestão do Hospital das Forças Armadas. Assim, a administração desta unidade hospitalar foi alçada ao nível de Comando Logístico, tendo sido estabelecida uma maior continuidade da gestão, mais voltada à formação e experiência logística, como autoridade máxima da Unidade, em substituição ao antigo paradigma de revezamento de Oficiais Gerais Médicos das três Forças Armadas, a cada dois ou três anos.

Essa decisão foi creditada à necessidade de fomentar uma maior estabilidade às iniciativas e projetos levados a efeito pelo Hospital. De maneira complementar à atuação do Comando Logístico, foram designados outros dois Oficiais Gerais Médicos para atuar nas áreas técnicas do Hospital, quais sejam as Direções Técnicas de Saúde e de Ensino e Pesquisa, fortalecendo a gestão daquela unidade hospitalar.

A notícia que eu tenho, embora não estivesse na área à época, é que em 2015, mais ou menos, a situação, no caso do HFA, estava uma situação muito difícil, muito sensível. Foi feita uma reunião entre os interessados, as Forças e o

Ministério da Defesa e com isso mudou-se inclusive a estrutura do HFA, dando uma dinâmica mais interessante em termos de gestão.

As deliberações relacionadas à resolução da perda de pessoal vivenciada pelo Hospital das Forças Armadas também tem sido pauta da estrutura de governança vigente. As ações desta natureza, mencionadas pelos respondentes, envolvem: solicitações de reposição de pessoal; negociações para reestruturação de Plano de Carreiras e Cargos; ampliação da força de trabalho militar à disposição da Unidade; e estudos relacionados a uma eventual alteração da natureza jurídica do Órgão, com vistas a permitir uma atuação mais autônoma em relação à Administração Pública Direta, tendo sido mencionadas análises do modelo Serviço Social Autônomo.

Nós temos agora nesse momento uma coordenação de saúde envolvendo o HFA. Porque nós temos uma perda de profissionais de saúde anual e isso vem desde 2009 e nós não temos solução porque o salário dos médicos, principalmente, está muito defasado em relação aos demais médicos que trabalham aqui em Brasília. Então nós, em coordenação com essa Secretaria do MD, nós planejamos algumas linhas de ação. Entre elas merece especial destaque o Serviço Social Autônomo.
(...)

Agora, mais recente, nós estamos tentando retomar o Plano de Carreiras e Cargos do HFA. Então, não adiantaria nada nós abríamos concurso, o Ministério da Economia aprovar a abertura de concurso e permanecerem os salários atuais. Então, nós estamos negociando com o Ministério da Economia, primeiro, a melhoria do salário, para em uma segunda fase, abrir concurso. Isso aí também é um exemplo de coordenação na área de saúde, especificamente desse exemplo no HFA.

A atuação relacionada ao enfrentamento conjunto da pandemia provocada pela COVID-19 teve início, segundo os entrevistados, com a Operação Regresso, realizada em Wuhan, na China, no início de 2020, para retorno de cidadãos brasileiros ao território nacional, bem como à sua quarentena, tratamento e acompanhamento por profissionais de saúde, após o regresso ao Brasil. Foram mencionadas, ainda, diversas operações em apoio ao suprimento de insumos de saúde no Estado do Amazonas e em cuidado aos povos tradicionais, em razão de sua situação de vulnerabilidade perante os agentes contaminantes da doença.

Quadro 20 – Trechos de entrevistas que tratam de decisões relacionadas à operacionalização conjunta de serviços, em função da pandemia provocada pela COVID-19

Entrevistas – Citações de atuações conjuntas das Forças Armadas frente à pandemia da COVID-19	
ENTREVISTADO A	nós podemos observar nas ocasiões agora na pandemia, onde nós começamos essa coordenação com os brasileiros que estavam na China em Wuhan, nós tivemos que trazer para o Brasil. Então, se não houvesse essa coordenação por parte do MD, coordenando as ações de saúde das três Forças, isso teria sido mais dificultado. Então existe sim essa coordenação. (...) Nós citamos a Operação Regresso, mas nós tivemos muitas Operações na Amazônia agora, em apoio aos autóctones, aos índios.

	(...) nessa ocasião, envolvia Força Aérea no Transporte, envolvia tropas do Exército da área de saúde nesse apoio, e também a Marinha em determinados locais. Então quando envolve o emprego conjunto, as diretrizes e as normas de emprego partem do Ministério da Defesa.
ENTREVISTADO F	Um ponto positivo que eu vejo realmente foi na pandemia. Na pandemia, realmente as Forças se ajudaram muito. Houve um esforço integrado nesse sentido, entendeu? Então, o HFA recebeu muito apoio de pessoal das três Forças e nesse sentido houve um planejamento. Então, o HFA ficou centralizado como Hospital COVID. Foi na época do pico da pandemia, então esse aí foi um aspecto positivo, houve esse esforço integrado, visando um objetivo único de enfrentamento à pandemia.
ENTREVISTADO I	O ano passado a SEPESD do MD decidiu que o hospital de referência COVID seria o HFA dentro da Guarnição. Essa decisão foi muito acertada, muito bem tomada, porque se a gente tivesse pulverizado a COVID nos quatro hospitais, você não teria um padrão de atendimento, você não conseguiria visualizar uma curva de aprendizagem para o tratamento de uma doença nova, teria dispersado (...). Então quando você concentrou os meios, você concentrou todos os respiradores, todos os monitores, você fez toda uma concentração de meios que permitiu que o HFA, de uma maneira muito organizada, dentro de um princípio de flexibilidade e elasticidade, sempre ampliasse os leitos de acordo com a necessidade, e tinha recursos para isso. Então essa aí foi uma decisão inteligentíssima, muito boa. Outra coisa, permitiu que os outros hospitais continuassem tratando as outras doenças não infectocontagiosas. Eles estavam descontaminados de COVID para a segurança dos pacientes.
ENTREVISTADO J	Nós tivemos, por ocasião da pandemia, um envolvimento do Ministério da Defesa, dessa governança, no sentido de servir como interlocutor junto as Forças para aumentar o quantitativo de profissionais de saúde, tendo em vista que o Hospital das Forças Armadas, na Guarnição de Brasília, era a única unidade militar a tratar de pacientes COVID, então, o Ministério da Defesa agiu, como eu falei anteriormente, nessa intermediação, porém, outras ações que poderiam ser feitas centralizadas por essa governança não ocorreram.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

3.2.7. Configuração das Relações de Coordenação e Governança

A entrevista aplicada aos entrevistados contou com uma questão relacionada à configuração das relações de coordenação e governança dos serviços de saúde das Forças Armadas. Desta forma, foi questionado aos respondentes se estes consideravam que a configuração da estrutura de coordenação e governança seria mais centralizadora, descentralizadora ou neutra.

Não houve consenso sobre esta questão, entretanto, a maior parte, ou seja, 50% dos entrevistados consideraram se tratar de uma estrutura descentralizadora, deixando significativa parcela das decisões a cargo dos próprios Comandos militares. Doze vírgula cinco por cento (12,5%) dos respondentes consideraram que a estrutura de governança possui configuração mais centralizadora, estando as decisões finais a cargo do Ministério da Defesa.

Outros 12,5% dos respondentes informaram considerar a postura da coordenação central como neutra, deixando a resolução dos problemas a cargo de entendimentos paralelos entre as demais estruturas de gestão em saúde. Os últimos 25% informaram que esta configuração dependerá do tipo de assunto a ser tratado – estratégico ou operacional – adquirindo a estrutura de coordenação central feições mais centralizadas em se tratando de diretrizes gerais e mais descentralizadas nas decisões de caráter executivo.

Quadro 21 – Trechos de entrevistas que tratam da configuração das relações de coordenação e governança

Entrevistas – manifestações acerca da configuração das relações de coordenação e governança	
Manifestações indicando estrutura mais descentralizadora	
ENTREVISTADO A	Ela é descentralizadora porque cada Força tem a sua característica. (...) Então o Exército tem a sua formação, tem a sua cultura. A Marinha a sua e a Aeronáutica também. Então essa coordenação em nível MD é de forma mais descentralizada sim, de forma que cada Força siga as suas normas, a sua legislação pertinente à área de saúde.
ENTREVISTADO E	Considero que é mais descentralizadora no âmbito das Forças. O MD, na minha opinião, acaba muitas vezes não atuando como um grande coordenador. É mais descentralizada.
ENTREVISTADO F	O que eu vejo realmente é que cada Força possui a sua política de saúde, de governança. Não é centralizado. É descentralizado.
ENTREVISTADO G	O papel como eu falei, ainda corroborando as respostas anteriores, é muito mais de tentar um entendimento entre as Forças, porque o real poder de decisão de cada hospital está dentro das Forças. (...) Por essa razão, as decisões ficam mais descentralizadas no âmbito de cada uma das Forças.
ENTREVISTADO I	Elas são descentralizadas. Há bastante liberdade de decisão para os hospitais.
Manifestações indicando estrutura mais centralizadora	
ENTREVISTADO D	a visão que eu tenho é que é uma estrutura centralizada, bastante verticalizada, onde o MD acaba influenciando a decisão das Forças. A estrutura do MD toma a frente nessa estrutura de governança.
Manifestações indicando estrutura neutra ou alternada	
ENTREVISTADO B	Eu vou pela última opção. Eu acho que o MD é realmente mais neutro. As Forças sabem o que tem que fazer, administram sua questão da saúde (...). Mas a impressão que eu tenho é que a ação do MD é mais neutra.
ENTREVISTADO C	Eu entendo que o Ministério da Defesa é centralizador no aspecto estratégico e que a execução é descentralizada, devido às características de cada Força. Então, eu entendo que não é neutro, mas também não é centralizador. Eu diria que a palavra correta é que ele é coordenador, ele é supervisor por um lado, e coordenador por outro. Ele é supervisor porque ele estabelece as diretrizes estratégicas do Ministério, no que compete a cada uma das Forças no seu campo de atuação, no caso

	específico agora, saúde. E ele dita as diretrizes gerais e as Forças, de forma descentralizada, executam as diretrizes emanadas pelo Ministério da Defesa.
ENTREVISTADO H	Eu tenho a impressão de que ele não tem adotado nenhuma das posturas. Ele age de acordo com a necessidade da situação.
ENTREVISTADO J	Entendo que as ações são mais para descentralizadoras, mesclando em alguns momentos por não interferir. Centralizada, eu acho que não tem esse <i>modus operandi</i> . Eu acho que não tem essa prática. Ou é não interferir, ou é descentralizadamente.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Essa divisão de posicionamentos coaduna-se com a fragmentação das relações de governança percebida também nos instrumentos de coordenação e governança. Aparentemente existem três momentos de coordenação: entre MD e Forças Armadas; entre MD e HFA; e as situações em que se propõe a convergência de todos os atores da política de assistência à saúde na região de Brasília.

3.2.8. Clareza Quanto à Existência de Instrumentos de Governança

Um dos pontos abordados pela entrevista, aplicada aos gestores de atividades relacionadas aos sistemas de saúde das Forças, tratou do conhecimento e clareza quanto à presença de instrumentos de governança utilizados para o norteamento desta política. Observou-se certo desconhecimento em relação à existência de normas, sistemas, legislações e outros instrumentos que norteiem a governança dos serviços de saúde.

Quando realizada alguma menção, os entrevistadores a fizeram de modo mais superficial. Não foi possível identificar nenhum apontamento concreto sobre os normativos vigentes para regulamentação do sistema, tanto nos níveis estratégico e tático, como no nível operacional.

Desta forma, observou-se que mesmo os respondentes que sabem da existência do arcabouço normativo, regulatório ou de sistemas que permitem a atuação integrada entre as instâncias de governança da assistência à saúde dos militares, não souberam identificar assertivamente exemplos desta instrumentalidade.

Foram mencionados, de maneira mais genérica, normativos como planejamentos estratégicos, diretrizes para contratação e celebração de instrumentos de parceria, políticas de saúde, bem como normativos que apontam diretrizes gerais estabelecidas no âmbito do Ministério da Defesa, regulamentadas por normas específicas no âmbito dos Comandos das Forças e do HFA, uma vez que se trataria de “*um tipo de normativo, no campo de Administração, em que existe uma norma geral e as estruturas se adaptam a essa norma geral*”.

Vinte e cinco por cento (25%) dos respondentes informaram acreditar que não existem instrumentos de coordenação ou que caso existam não estejam sendo utilizados com efetividade.

Eu considero que esse é um dos fatores de maior descentralização, por não haver essa legislação que dê essa coordenação maior. (...) fruto dessa descentralização é justamente não haver uma normatização que consiga coordenar, controlar e comandar essa estrutura. Então fica muito cada um cuidando da sua esfera.

Outro entrevistado relata que *“Cada hospital tem o seu planejamento estratégico e o seu plano de gestão. Cada hospital tem o seu. Só que a governança macro do MD não consegue fazer a integração desses planos estratégicos”*.

Outros 50% dos entrevistados entendem que por se tratar de tema novo para a Administração Pública, esta estrutura de governança ainda estaria em processo de maturação em relação ao estabelecimento de normas que tratem do assunto. Em consequência, entendem que os instrumentos atualmente existentes

não tem o condão de organizar e criar uma estrutura realmente de governança. Ela depende de uma coordenação mais informal do MD. Mais uma vez, reforçando: cada hospital depende da decisão de sua Força e essa coordenação do Ministério da Defesa é mais informal. Não é normatizada o suficiente pra criar uma estrutura de governança.

Por fim, 25% dos respondentes entendem que, por se tratar de uma estrutura mais descentralizada, os instrumentos de coordenação e governança existam mais no âmbito de cada Força Armada do que regulados de maneira central. Assim, por constituir um paradigma *“descentralizado, o papel do MD é praticamente neutro, ficando a governança, vamos dizer assim, regionalizada”*. Compreendem, portanto, que

quem tem ferramentas para a governança da Marinha, do Exército e da Força Aérea são eles especificamente. Então eles exercem especificamente a governança na sua área de saúde. Então, do MD, é que eu vejo que, pode até ter uma diretriz, uma política, mas os elementos de governança, os instrumentos estão nas Forças.

Os entrevistados entendem ainda que há a necessidade de estabelecimento de instrumentos mais claros, pois *“quando a gente entra nas diretrizes estratégicas que deveriam dar um rumo e os principais objetivos naquele nível, a gente vê que eles não são quantificáveis, eles são muito conceituais”*.

Assim consideram que instrumentos mais claros permitiriam que as atividades de coordenação e governança fossem exercidas de maneira mais efetiva, mencionando a possibilidade de desenvolvimento de indicadores e metas conjuntas. Assim, entendem que o direcionamento das iniciativas se tornaria menos subjetivo, com resultados mais palpáveis às partes.

Mencionaram ainda que a evolução destes instrumentos de governança para patamares mais concretos e objetivos permitiria uma maior continuidade dos planejamentos estratégicos ao longo do tempo, minimizando interferências relacionadas à alternância de gestão. Neste sentido, entendem que os instrumentos necessitariam ser menos conceituais e mais práticos.

3.2.9. Relacionamento da Estrutura de Governança com a Iniciativa Privada

Um aspecto que se buscou observar a partir das entrevistas realizadas foi a governança do relacionamento entre os parceiros públicos e privados, necessários à execução da política de assistência à saúde para os militares das Forças Armadas. Desta forma, buscou-se compreender qual papel estes partícipes privados exercem, sua importância, fragilidades, bem como outras considerações e perspectivas sobre esta interação.

Os respondentes foram unânimes no entendimento de que se trata de parceiros indispensáveis ao adequado funcionamento dos sistemas de saúde. Entretanto, parcela dos entrevistados enxerga este relacionamento como uma perspectiva de evolução e de ganhos aos sistemas de saúde, enquanto outro grupo considera esta necessidade complementar como uma deficiência ou fragilidade do sistema. A perspectiva que encara o relacionamento com a iniciativa privada de maneira positiva e benéfica é majoritária, compreendendo 75% dos entrevistados.

Quadro 22 – Trechos de entrevistas que tratam do relacionamento com parceiros da iniciativa privada – avaliações positivas

Entrevistas – Perspectivas positivas relacionadas à interação com atores da iniciativa privada	
ENTREVISTADO A	Todo hospital não é perfeito em todas as especialidades. Então, nós não podemos querer abarcar todas as carências em especialidades. Então, quando nós não temos condições de atender determinada especialidade, determinada demanda, é natural que encaminhemos. Mas nós nos planejamos para evitar os encaminhamentos do que o custo é muito alto (...) os convênios são fundamentais.
ENTREVISTADO B	essas organizações civis, elas preenchem uma lacuna interessante – essa questão de que as Forças Armadas não podem fornecer todos os serviços para todos os seus integrantes. Então, neste sentido é muito bom.
ENTREVISTADO C	Os credenciados, eles atuam com vistas a complementar o que a Força tem deficiência ou até mesmo não tem em termos de atendimento, em termos de procedimento médico. (...) é bastante positiva, até porque o papel dela é justamente esse – complementar aquilo que nós não temos, ou temos em deficiência. Não dá para suprir a demanda. Então, esse papel é importantíssimo. (...) Inclusive ele é fundamental para que a assistência à saúde seja cumprida da melhor maneira possível.
ENTREVISTADO E	Eu considero positivo porque o nosso sistema não consegue dar conta de todas as necessidades, em função das especialidades. As três Forças não conseguem

	dar conta de todas as demandas, então tem que se recorrer à iniciativa privada. Esse é um aspecto positivo e por vezes necessário também, se não o usuário não teria o atendimento, vamos dizer assim, da melhor forma possível.
ENTREVISTADO G	É importante frisar que os hospitais, a rede de saúde, o sistema de saúde das Forças Armadas, ele não tem o papel de preencher cem por cento das necessidades de cada Força. Além do que, o papel do sistema é dual: ele é assistencial e operacional também. Em determinadas situações, pode haver uma dificuldade de atendimento assistencial para atender as necessidades operacionais. Por isso, nunca foi papel, nunca houve essa expectativa de que o sistema de saúde das Forças Armadas preenchesse cem por cento das necessidades dos nossos beneficiários. Então ele precisa e é necessário se valer da complementaridade com o sistema privado. Então, mais do que importante, ele é necessário e isso precisa ser levado em consideração dentro do nosso sistema.
ENTREVISTADO H	Uma definição de maneira bastante pejorativa seria: é um mal necessário. Mas, na prática, deveria ser um entendimento exatamente oposto – é a base para a evolução. Então, sem que haja uma integração com a iniciativa privada para, não só no nível de execução das coisas, mas principalmente na área de pesquisa, de ensino, uma série de outros aspectos, a gente não evolui.
ENTREVISTADO I	Não traz problema nenhum, ele é necessário porque nenhum hospital pode tudo sozinho. Se você imaginar a quantidade de doenças que tem, de possibilidades de tratamento que tem. Você imaginar que o hospital vai oferecer toda a terapêutica, tudo. Isso aí não existe. Então a complementaridade ela é algo importante, inteligente, porque você também pode selecionar a sua frente.
ENTREVISTADO J	eu entendo que é muito boa, muito interessante para a nossa situação social e econômica. Porque quando nós não conseguimos sermos atendidos nas unidades militares, existe essa possibilidade de atendimento na rede privada e às vezes que eu precisei utilizar essa rede privada, eu fui muito bem atendido, paguei um percentual num valor justo, num valor acessível. Então, eu entendo que a cobertura é muito boa, principalmente para os militares que trabalham fora dos grandes centros, das cidades que tem unidades de saúde. Então, se não houvesse essa parceria, essa ação complementar da saúde privada, a família militar ia ser muito atingida negativamente por não ter essa assistência de saúde. Então, entendo que essa parceria ela é benéfica para o usuário como eu falei no exemplo anterior.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

A perspectiva minoritária, que considera o relacionamento com a iniciativa privada por um prisma fragilizador abarca 25% dos respondentes.

Quadro 23 – Trechos de entrevistas que tratam do relacionamento com parceiros da iniciativa privada – avaliações negativas

Entrevistas – Perspectivas negativas relacionadas à interação com atores da iniciativa privada	
ENTREVISTADO D	Depende do ponto de vista e depende de qual das facetas dessa relação a gente vai analisar. (...) fora das situações de crise, enxergo que seria necessário fazer uma análise de fato se as Organizações Cívicas de Saúde, credenciadas das Forças, se elas são um problema ou a resposta. (...) Mas, na prática, o que eu enxergo: a gente tem, todos os anos, valores muito altos saindo dos cofres públicos para Organizações Cívicas de Saúde. Por conta dessa cifra elevada, há uma limitação do quanto se pode investir em melhorar e acrescentar no nosso sistema de saúde. Então, em um primeiro olhar, eu acho que fragiliza o sistema, gera dependência.

	A gente acaba pagando por uma deficiência nossa e pagando mais caro pela deficiência dos nossos processos.
ENTREVISTADO F	<p>A iniciativa privada é encarada como um serviço complementar. A gente entende que a maioria dos serviços a gente presta aqui, mas com essa dificuldade de recursos humanos que a gente vem tendo, com essa evasão de servidores ao longo dos anos, a impossibilidade de novos concursos, a falta de uma política de carreira do servidor, vem fazendo essa evasão de servidores ao longo dos anos.</p> <p>Então, muitas especialidades nós não temos mais, foram fechados vários serviços do Hospital. Então, essas áreas nós não temos outro caminho a não ser encaminhar para a iniciativa privada.</p> <p>Então eu vejo como uma necessidade, no momento, da iniciativa privada como complemento do atendimento que é realizado aqui no Hospital. Realmente é uma deficiência. É uma deficiência que nenhum gestor gosta, mas, no momento, não existe essa possibilidade de nós montarmos esses serviços aqui porque nós não temos pessoal pra isso.</p> <p>Também, da mesma forma, as Forças geralmente procuram esgotar todos os meios dentro da Força, depois eles consultam geralmente o HFA sobre a possibilidade de atendimento ou não e só após isso, esgotadas todas as possibilidades, que eles fazem o encaminhamento também.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Os dois grupos ressaltam que o mais importante neste aspecto seria regular a medida de participação destes atores, com cautela em relação à crescente participação e custo dos atendimentos prestados por esse segmento. Assim, reconhecendo a crescente importância da atuação dos parceiros privados para o adequado funcionamento dos sistemas de saúde das Forças Armadas, os respondentes enfatizaram a necessidade de existirem estruturas de regulação, fiscalização e acompanhamento das atividades realizadas, em caráter complementar, para a assistência à saúde dos militares das Forças Armadas.

Quadro 24 – Trechos de entrevistas que tratam da necessidade de regulação e fiscalização do relacionamento com a iniciativa privada

Entrevistas – Manifestações acerca da necessidade de regulação e fiscalização do relacionamento com a iniciativa privada	
ENTREVISTADO B	<p>O cuidado que eu vejo é a necessidade de controle, que é interessante. Porque são órgãos civis sobre o qual a gente não detém o controle. Então, há necessidade de verificar glosagem, de verificar se realmente foi realizado o serviço, se realmente os preços estão compatíveis. Então isso tem que ter uma checagem muito boa.</p> <p>Agora eu acho positivo sim a existência desses convênios, dessas organizações que prestam esses serviços complementares. É positivo, desde que haja essa fiscalização eficiente.</p>
ENTREVISTADO C	<p>A regulação dessa complementaridade é exercida pelo Ministério da Defesa, existe normativo próprio (...)</p> <p>Existe um órgão interno ao HFA que é específico para isso, que coordena e elabora Editais, credencia, controla e acompanha os contratos, com a devida competência específica, em respeito às normas gerais, inclusive à nova lei de licitações e contratos, que é a lei de regência maior nesse aspecto.</p> <p>Então, o hospital tem uma estrutura própria. Cada órgão tem. Inclusive o próprio Ministério da Defesa tem estrutura própria para gerenciar essas organizações de saúde que são complementares ao nosso sistema.</p>

ENTREVISTADO F	as Forças geralmente procuram esgotar todos os meios dentro da Força, depois eles consultam geralmente o HFA sobre a possibilidade de atendimento ou não e só após isso, esgotadas todas as possibilidades, que eles fazem o encaminhamento também.
ENTREVISTADO H	a necessidade de manter esse tipo de laço é fundamental a qualquer uma das áreas, não só pelo aspecto médico de completar as especializações de especialidades que são necessárias em cada um dos hospitais, clínicas, mas principalmente para essa troca de ensinamentos. Mas isso também é algo que carece de uma governança, uma diretriz de governança estratégica muito bem clara.
ENTREVISTADO I	Na questão de relacionamento, na questão de estabelecimento de contratos ela é muito boa, funciona muito bem. A gente tem uma amplitude de contratos muito boa. Aí você tem a dificuldade, às vezes, do operacional do dia a dia. Pra você fazer isso aí girar, é uma coisa que é um constante processo de melhoria contínua, normal, que tem que acontecer. Tem o sistema de auditoria, de glosa, das contas hospitalares que essas organizações hospitalares apresentam. É isso, controlar a qualidade dos serviços que eles estão oferecendo, faz parte da gestão do dia a dia. Mas o modelo está bom, o modelo tem que ser esse aí mesmo. Tem que ter essa complementaridade e ela está bem estruturada para dar uma cobertura muito boa.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Os entrevistados ressaltaram a necessidade da manutenção de sistemas próprios de atenção à saúde dos militares, de modo que grande parte da assistência prestada deva permanecer sob a tutela e execução do Estado, com atuação apenas residual da iniciativa privada. Destacam que, para além da satisfação e segurança de possuir “*seus planos de saúde próprios, terem condições de prestar essa assistência à saúde em qualquer lugar do Brasil, para todos os seus militares e dependentes em geral*”, esta perspectiva ficou ainda mais clara durante a pandemia provocada pela COVID-19:

a gente viu na pandemia que é algo necessário. A gente não ouviu falar, por exemplo, nas grandes capitais, de militares tendo dificuldade de conseguir leitos ou tendo dificuldade para tratar da COVID (...). Aqui em Brasília, até o privado chegou a ficar colapsado também.

Como reforço a este ponto de vista destacam o eixo operacional da atuação dos sistemas de saúde das Forças, que devem oferecer pronta resposta às tropas militares, sendo imprudente sua submissão à disponibilidade de serviços pela iniciativa privada. No caso de combate, exemplificam, estes profissionais deverão ter atendimento prioritário e imediato, não se confundindo tais atividades com o eixo exclusivamente assistencial prestado aos civis e aos dependentes e pensionistas dos próprios militares.

E ao mesmo tempo, a gente viu, sendo um pouco repetitivo, durante a pandemia a gente viu a importância dos sistemas de saúde para os militares e seus dependentes. Inclusive do ponto de vista operacional. Sobretudo do ponto de vista operacional, porque as Forças Armadas foram utilizadas o tempo todo, no Brasil inteiro e fora do Brasil.

Então, a necessidade de eu manter uma tropa sadia e de demandar o atendimento a qualquer tempo tem a garantia do sistema. Essa segurança se fez necessária. Deu margem até para a questão psicológica da tropa e de sua família.

(...)

Se, lá na frente, essa organização de saúde privada fechar ou mudar de Estado ou não oferecer mais esta especialidade? Ou se ela cobrar um valor impraticável eu vou ser obrigado a não oferecer mais determinado tipo de assistência, o que, na prática, é inviável para os planos de saúde das Forças, ou simplesmente ser obrigado a pagar o que eles cobrarem.

Os entrevistados salientaram também a necessidade de estudos aprofundados para a adequada regulação do relacionamento entre parceiros públicos e privados desta estrutura de governança. Tais estudos possibilitariam compreender melhor a tipologia dos serviços encaminhados à iniciativa privada, eventuais fragilidades, bem como mapear as atividades melhor realizadas por parceiros públicos e aquelas mais convenientemente desempenhadas pelos atores privados de saúde. Assim, reiteram a importância de

um estudo estruturado de quanto cada Força de fato gasta com encaminhamento e que benefícios elas poderiam ter se investissem aqueles recursos ao invés de estar encaminhando pacientes para outras organizações civis, se estivessem investindo dentro de suas próprias estruturas, já existentes.

Então, eu acho que falta ainda um estudo aprofundado para entender, de fato, os benefícios ou malefícios desse relacionamento.

Esse sistema híbrido é de fato viável a longo prazo? Ou a tendência, por questões de inflação médica, inflação de saúde, é ficar cada vez mais dependente, visto que o meu sistema está cada vez mais prejudicado pelos crescentes custos, porque eu estou gastando cada vez mais lá fora, com cada vez menos para gastar aqui dentro.

(...)

por exemplo, em uma cidade que tenha hospitais de grande porte – Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza, Brasília. Nessas localidades compensaria mais investir nas estruturas do sistema de saúde e uma coisa ou outra eu encaminhar?

Ao mesmo tempo, nas localidades pequenas. Se você pegar cidades do interior, um exemplo que eu conheço: Campina Grande, que só tem um postinho de saúde do Exército. Todos os atendimentos são encaminhados para OCS. Será que lá compensaria abrir um hospital, pelo menos de médio porte?

Então, eu acho que carece de estudos aprofundados. Talvez uma melhor estruturação, contratos mais interessantes, utilização de estruturas maiores, talvez até estruturas compartilhadas. Explorar novas opções de terceirização de serviços que existem hoje.

3.2.10. Perspectiva Integradora da Estrutura de Governança – Maior Cooperação Entre os Atores

Uma das manifestações mais recorrentes por parte dos entrevistados diz respeito à necessidade de se promover uma maior interação colaborativa entre os partícipes da atual estrutura de governança, com o fim de promover a otimização dos meios, insumos e unidades existentes nos sistemas de saúde das Forças Armadas na região de Brasília.

Uma das perspectivas apontadas pelos respondentes seria a promoção de uma maior regulação dos serviços prestados, de modo a estabelecer com maior clareza as vocações das unidades hospitalares disponíveis, quais sejam: baixa, média e alta complexidade das

atividades executadas para a assistência à saúde. Desta forma, relatam que é necessário “entender aquela visão estrutural, que é normal no mundo todo, de saúde, que é você ter atenção básica, primária, a média e a alta complexidade”. Consideram que algumas unidades

têm que fazer atenção primária, a saúde da família, têm que ter uma capacidade de resolução daqueles problemas ambulatoriais, que não exijam internação, que não exijam cirurgia, ou seja, os problemas menos complexos, que é onde está a maioria dos problemas. Fazer um bom acompanhamento do paciente, por exemplo, que já tem diabetes, que já é hipertenso, justamente aquelas comorbidades que são comorbidades básicas, primárias para o desenvolvimento de doenças mais complexas, de procedimentos mais complexos.

Mencionam que “Se estes hospitais estiverem bem estruturados e fizerem bem isso”, outros poderiam ficar encarregados da média e alta complexidade, com capacidades mais cirúrgicas e menos ambulatoriais. Os respondentes acreditam que algum grau de cooperação – cuja intensidade considerada adequada variou entre os entrevistados – pode fortalecer os sistemas de saúde, evitar sobreposições desnecessárias de esforços, concentrar e melhorar a distribuição de pessoal e conhecimento técnico.

Quadro 25 – Trechos de entrevistas que tratam da necessidade maior integração e cooperação entre os interessados

Entrevistas – Manifestações acerca da necessidade de maior integração e cooperação	
ENTREVISTADO A	Eu acredito que a melhoria vem quando a gente trabalha mais sincronizado, quando em vez de cada Hospital das Forças fazer as mesmas coisas, as mesmas especialidades, houvesse uma decisão por parte do MD, baseada, lógico, em reuniões para ver as capacidades dos hospitais. Mas que houvesse uma decisão para cada hospital desempenhar determinado nível. (...) assim sendo, eu tenho certeza que nós produziríamos mais, focaríamos mais no nosso atendimento e sem desperdício.
ENTREVISTADO B	Eu penso que, em termos de economia, talvez em termos de efetividade, seria melhor ter algo mais centralizado, ter alguns mecanismos e o Ministério da Defesa mais envolvido com as Forças, para realmente proporcionar uma maior integração. Talvez proporcionando uma maior economia no sistema de saúde da guarnição. Então, eu creio que essa estrutura existente talvez não seja, ou a mais adequada, ou não seja suficiente, ou talvez precisaria de uma diretriz um pouco mais integradora com as Forças. Porque eu vejo que talvez, poderia se fazer a mesma coisa ou mais, talvez com menos recursos do que hoje a gente tem, por não haver essa integração.
ENTREVISTADO D	Do meu ponto de vista, falta ainda mais interação. Eles estão ainda em um processo de estruturação, creio que é algo novo para todo mundo. Então, eu acho que eles ainda estão sofrendo um pouco para encontrar um compasso igual, para começar a andar no mesmo ritmo. Eu acho que ainda não chegaram lá, ainda falta um caminho. (...) eu acho que falta um pouco do conhecimento da realidade concreta, do funcionamento real de como de fato se estruturam os componentes do sistema de saúde. (...) Uma coisa que tem se falado e que é uma coisa que eu já pensava há algum tempo, mas até o meio da pandemia eu não tinha ouvido falar de modo concreto, seria uma operacionalização conjunta.

	<p>São três tropas diferentes e tem mais o Ministério da Defesa no meio e talvez se, pelo menos na questão de assistência à saúde, houvesse uma interoperacionalização de modo concreto, de modo real, aprofundada, poderíamos gerar um ganho muito grande, seja por evitar uma certa ociosidade do sistema, seja uma forma de melhor aproveitar os profissionais extremamente capacitados que cada uma das Forças tem.</p> <p>Aproveitar um sistema subutilizado por falta de paciente ou por falta de conhecimento, evitar um custo adicional de encaminhamento, quando já tem uma estrutura dentro das Forças Armadas.</p>
ENTREVISTADO E	<p>Eu acredito que esse é um aspecto que pode ter oportunidade de melhoria. Eu vejo que as Forças atuam de uma forma muito individualizada. Não há uma integração proativa. Eu acredito que não há. Eu acho que pode ser melhor essa integração proativa.</p>
ENTREVISTADO F	<p>Por exemplo, a estrutura de laboratórios: Você com certeza teria uma diminuição de encaminhamentos do serviço de laboratório para fora, você estaria centralizando todos os profissionais em um mesmo local, com certeza ia diminuir.</p> <p>Nós temos vários serviços no laboratório que não são realizados porque precisa de equipamentos e para esses equipamentos você vai precisar de mais pessoal para cuidar. Tem alguns equipamentos, por exemplo, que praticamente são manuais. Você tem que ter alguém ali para alimentar. Já se tivesse essa centralização, eu acredito que isso aí já seria possível.</p> <p>Na época da convocação, por exemplo, a gente cansa de ver especialidades que poderiam ser melhor aproveitadas. Cada Força faz o seu trabalho independente. (...) Eu vejo apenas a individualidade das Forças para definir os seus modelos de gestão. (...)</p> <p>Um ponto positivo que eu vejo realmente foi na pandemia. Na pandemia, realmente as Forças se ajudaram muito. Houve um esforço integrado nesse sentido, entendeu?</p> <p>Então, o HFA recebeu muito apoio de pessoal das três Forças e nesse sentido houve um planejamento. Então, o HFA ficou centralizado como Hospital COVID. Foi na época do pico da pandemia, então esse aí foi um aspecto positivo, houve esse esforço integrado, visando um objetivo único do enfrentamento à pandemia.</p> <p>Foram iniciativas pontuais que não representam um sistema contínuo.</p>
ENTREVISTADO G	<p>há muita superposição de esforços e isso leva a uma ineficiência do sistema. Nós precisamos pensar cada uma das guarnições de forma integrada. Não há necessidade de integrar todo o sistema, mas em determinadas guarnições onde há uma maior importância do sistema de saúde, é preciso pensar um sistema de governança.</p> <p>Diria eu como, por exemplo, Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, alguns locais onde exista a presença das três Forças, há necessidade de a gente evoluir para esse sistema, para criar formalmente um sistema de governança que melhore essa integração das Forças e evite a perda de eficiência quando você atua de forma compartimentada. Isso ainda não existe, mas precisa vir a ser pensado.</p>
ENTREVISTADO H	<p>não é simplesmente o que nós temos hoje de alto nível dentro de cada Força. São os hospitais: o Hospital Naval, o Hospital Militar de Área de Brasília, o Hospital da Força Aérea lá no Aeroporto, cada um dentro de um sistema integrado de saúde, dentro do Distrito Federal. Então, se não há uma integração, não há uma convergência.</p>
ENTREVISTADO I	<p>Eu acho mais até do que essa questão assim de cada um ter o seu faturamento de contas e proximidade de auditoria, tudo mais, isso é muito importante que haja essa aproximação ainda maior. Mas, melhor ainda seria se nós tivéssemos, por exemplo, um processo de aquisição de insumos hospitalares integrado na Guarnição. Ou seja, ter os quatro hospitais fazendo a sua licitação juntos para aquisição de medicação, de OPME. Isso facilitaria muito essa questão de custo, de conta hospitalar, porque os hospitais teriam o mesmo valor a ser cobrado do paciente.</p>

ENTREVISTADO J	<p>Buscar uma governança de saúde na Guarnição de Brasília, de que forma? Que cada Hospital tivesse definido o seu portfólio, os seus serviços, de forma que se concentrassem a média e a alta complexidade no HFA e a baixa e média complexidade nas unidades de saúde da Guarnição.</p> <p>Então essa iniciativa existiu. Tivemos conversas tanto com o Comando Militar do Planalto, Exército Brasileiro, como no Comando do Exército. Essas tratativas começaram a ser feitas com os hospitais das outras Forças, o HNBRA e o Hospital da Força Aérea, mas entendo eu que poderia ter um comando único por parte do Ministério da Defesa, para que pudesse ser feita uma padronização, uma organização dessa governança.</p>
-----------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2021.

3.2.11. Perspectivas de Melhoria da Atual Estrutura de Governança

O questionamento final realizado nas entrevistas tencionou coletar opiniões quanto às possibilidades e perspectivas de melhoria da estrutura de governança para a prestação dos serviços de assistência à saúde para os militares das Forças Armadas na região de Brasília.

Algumas sugestões foram ventiladas como maior compartilhamento de estruturas, sistemas, pessoal e insumos – a perspectiva integradora foi a principal variável apontada como sugestão de melhoria –; estabelecimento de mandatos para a gestão das instâncias de governança, de modo a minimizar as alternâncias de administração; melhoria dos canais de comunicação entre os atores envolvidos; fóruns com maior representatividade; regulação das atividades prestadas pelas unidades hospitalares, considerando as vocações de cada Hospital e as necessidades das Forças; padronização de processos afins; intensificação das atividades de coordenação entre os sistemas de saúde; formalização e normatização da estrutura, dos instrumentos e de uma política de governança em saúde; criação de uma Secretaria que trate especificamente dos temas pertinentes à saúde das Forças Armadas.

Quadro 26 – Trechos de entrevistas que tratam das perspectivas de melhoria da estrutura de governança

Entrevistas – Manifestações acerca das possibilidades de melhoria da estrutura de governança	
ENTREVISTADO C	<p>Acho que o sistema de comunicação entre as Forças e o próprio Ministério da Defesa deve ser aperfeiçoado porque há falhas. Muitas vezes, o Ministério da Defesa não sabe exatamente qual é a sua demanda ou os hospitais das Forças não sabem comunicar qual é a sua demanda de forma correta.</p> <p>Então, eu acho que o sistema de comunicação da governança é que deve ser aperfeiçoado. Eu entendo que cabe aperfeiçoamentos nesse sentido.</p>
ENTREVISTADO D	<p>Uma coisa que tem se falado e que é uma coisa que eu já pensava há algum tempo, mas até o meio da pandemia eu não tinha ouvido falar de modo concreto, seria uma operacionalização conjunta.</p>
ENTREVISTADO E	<p>A melhoria seria o Ministério da Defesa criar, talvez, um mecanismo mais eficaz para não só padronizar os processos no âmbito das três Forças, mas como passar a incentivar, a melhorar a nossa estrutura de saúde para que passasse a</p>

	<p>depende cada vez menos da iniciativa privada, que seria a grande finalidade dos hospitais das três Forças.</p> <p>Eu acredito que falta essa coordenação maior, que possa reunir todos os meios. Existe a ferramenta, existe a estrutura, mas ela precisa ser aperfeiçoada nesse aspecto. Ela precisa de fato ser regulamentada e impulsionada por uma estrutura mais central que possa dar melhor condição às atividades da saúde.</p>
ENTREVISTADO F	<p>acho que o Ministério da Defesa teria de fazer uma política de governança aplicada à saúde e centralizar isso. Não deixar a cargo de cada Força fazer a sua política de governança. Porque cada Força tem a sua política de RH, tem a sua política de planejamento.</p> <p>Eu vejo cada Força fazendo o seu planejamento estratégico e aplicando. Não tem uma centralização disso. Eu vejo realmente essa independência. Eu acho que isso aí teria que ser centralizado, o MD teria que fazer essa política de governança aplicada à saúde e difundir para as Forças. Não deixar as Forças, cada uma fazendo a sua política, pois às vezes elas podem ser conflitantes.</p>
ENTREVISTADO G	<p>Nós precisamos resolver a necessidade e importância de se criar realmente um sistema de governança entre as Forças, que integre as Forças. Isso, como eu disse, só acontece hoje, de maneira quase que informal. Nós precisamos criar uma estrutura formalizada, que melhore essa coordenação para que a gente possa aproveitar melhor a capacidade de cada um dos hospitais das Forças.</p>
ENTREVISTADO H	<p>acho que pela importância da saúde, a SEPESD estar misturada, a parte da saúde estar misturada dentro de uma Secretaria que trata de assuntos tão complexos... Já deveria ter se pensado em ela ficar separada, assim como o ensino, assim como outras áreas.</p> <p>(...)</p> <p>Então, acaba que dispersa os esforços e a pessoa vai dar atenção, única e exclusivamente, naquilo que for mais urgente naquele momento.</p> <p>Então talvez, em termos de governança estratégica, estaria na hora do Ministério da Defesa pensar em crescer, não em termos de quantidade de pessoas, mas crescer em qualidade das atividades. E saúde, a cada dia que passa, é mais importante.</p> <p>Bom, algo deveria ser pensado para melhorar essa questão de que a saúde tivesse uma atenção um pouco mais específica, não só pelo fato da necessidade da população militar e afins, dependentes, etc, mas principalmente pelo nível de compromisso de orçamento que hoje nós temos em cima da área de saúde.</p> <p>Então ela merece uma atenção um pouquinho maior do que tem hoje, não que tenha que ser melhor que o ensino, melhor que o outro, não é isso. Mas ela precisa ter alguém mais dedicado à área de saúde, com foco em cima daquela área. Eu acho que é o maior problema que a gente enfrenta hoje na área da saúde.</p>
ENTREVISTADO I	<p>melhor ainda seria se nós tivéssemos, por exemplo, um processo de aquisição de insumos hospitalares integrado na Guarnição. Ou seja, ter os quatro hospitais fazendo a sua licitação juntos para aquisição de medicação, de OPME. Isso facilitaria muito essa questão de custo, de conta hospitalar, porque os hospitais teriam o mesmo valor a ser cobrado do paciente.</p> <p>(...)</p> <p>Então você vê que essa necessidade de coordenação tem que entender também o benefício do paciente e não só dos fundos e a sustentabilidade de todo o sistema. Mas uma coisa que ajudaria muito a resolver isso é se a gente tivesse uma central de aquisições única para insumos hospitalares. Aí você teria uma visão de conjunto igual, seria muito bom. Mas são barreiras a serem vencidas.</p>
ENTREVISTADO J	<p>Que cada Hospital tivesse definido o seu portfólio, os seus serviços (...) entendo eu que poderia ter um comando único por parte do Ministério da Defesa, para que pudesse ser feita uma padronização, uma organização dessa governança, que entendo eu seria bom para todos, seria realmente unir forças, unir capacidades em prol do usuário, para que não houvesse um setor, um serviço muito forte em um hospital e um serviço fraco em outro hospital e o usuário ficar perdido para onde ir.</p>

	Então se houvesse uma definição de tarefas e serviços, facilitaria para o usuário e facilitaria para os hospitais que poderiam focar naquele portfólio que cada um iria se propor a operacionalizar.
--	--

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Observa-se que os achados das entrevistas que se referem à perspectiva de melhoria da estrutura de governança entre os hospitais militares da região de Brasília apontam para a necessidade de avançar na atuação conjunta de suas Unidades, para além das situações de emergência, visando à atuação coordenada destas estruturas também em situações cotidianas de execução da política pública.

Compreende-se que, independente da criação de estruturas hierarquizadas organizacionalmente, uma vez que os hospitais militares pertencem a Comandos Militares distintos, com insumos e recursos individualizados, a partir da coordenação central do Ministério da Defesa, possa ser criado um modelo de regulação de atividades, a partir da negociação entre as necessidades e interesses das Forças, que vise a complementaridade entre seus equipamentos de saúde, de modo a otimizar sua força de trabalho e os recursos financeiros à disposição desta política pública.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente necessidade de alinhamento entre o planejamento e a execução de políticas públicas e os anseios sociais têm se convertido em estruturas cada vez mais complexas de coordenação e governança. Ao executar suas atividades em meio a ambientes cada vez mais complexos, frente a demandas crescentes de seus usuários, faz-se necessário organizar os interesses, bem como criar espaços de deliberação, nos quais as partes interessadas possam ser ouvidas.

Os *stakeholders* existentes em qualquer política pública possuem, em muitos casos, prismas distintos ou conflitantes entre si. Desta forma, a figura da coordenação por um organismo central muitas vezes se faz necessária. Se por um lado pode ser desejável que determinada política pública mantenha uma coordenação mais centralizada de atividades, por outro, geralmente se busca a manutenção de um tenuous equilíbrio entre esta coordenação e a preservação da autonomia das partes envolvidas, em prol do alcance de seu interesse colaborativo.

Este ponto de equilíbrio, naturalmente, não é fácil, uma vez que existem interesses e culturas organizacionais distintas em jogo. Daí a necessidade de utilizar instrumentos de coordenação e governança que possam trazer certa ordem à diversidade. Em regra, as estratégias colaborativas de gestão não são espontâneas e voluntárias, requerendo certo grau de provocação e estímulos aos atores envolvidos.

A política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília também pressupõe esta necessidade de coordenação de atividades. Embora existente do ponto de vista formal e, segundo os entrevistados da Seção 3.2, também de uma perspectiva informal, faz-se importante conhecer sua configuração e a natureza de suas relações para melhor compreender esta ação estatal.

Assim como as demais políticas públicas, os atores envolvidos na governança destes serviços de saúde lidam com situações de incerteza, riscos internos e externos, complexidade, atuações oportunistas e racionalidade limitada de seus partícipes. Considerando-se os agentes necessários ao planejamento e à execução desta política possuam pontos de vista autorreferenciados, a construção de um caminho colaborativo não é trivial, implicando, por muitas vezes, na abstenção de objetivos particulares para alcance do “bem comum”, fator não muito atrativo à cooperação.

Neste contexto, cresce de importância a existência de instrumentos de coordenação e governança, estruturas organizacionais bem constituídas e clareza dos papéis e expectativas

atribuídas a cada partícipe. Assim, se faz necessário o estabelecimento de regras de negócio, especificando os agentes envolvidos, seus direitos e responsabilidades na execução da política pública.

Para além da mera formalização de instrumentos de coordenação e governança, é necessário fazer com que as deliberações sejam transpostas do planejamento para a execução. Do contrário, as atividades de coordenação e seus instrumentos não passarão de protocolos de intenção entre as partes.

Dos achados verificados na análise dos instrumentos de coordenação, bem como na triangulação destas perspectivas através das entrevistas constantes da Seção 3.2, nota-se que a política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília possui estrutura organizada, hierarquia definida e atores bem caracterizados, sobretudo na esfera mais estratégica dos Comandos Militares e Ministério da Defesa.

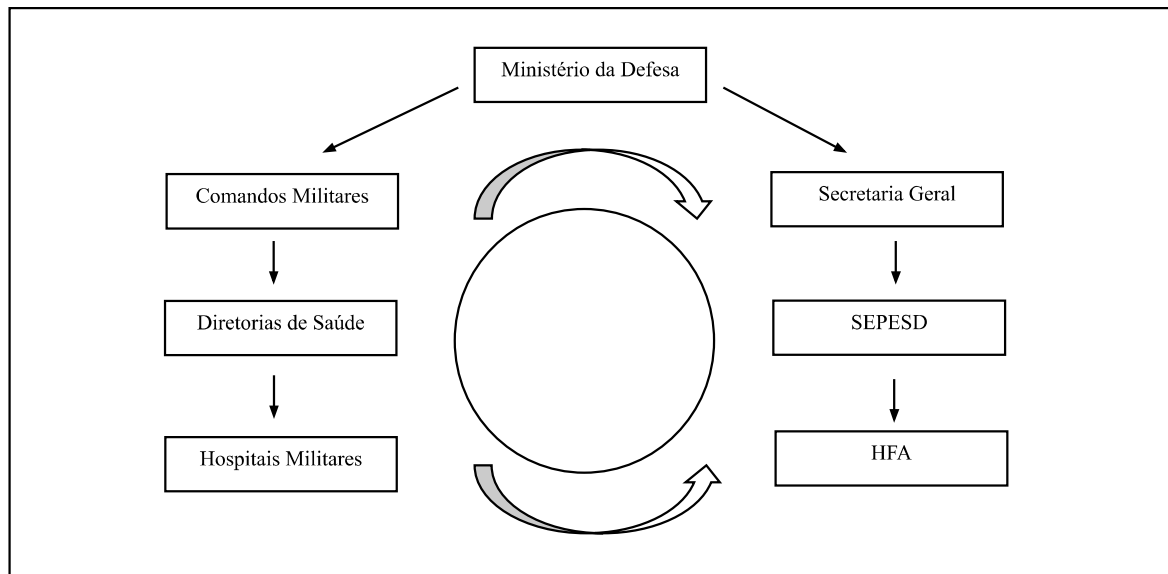
Entretanto, quando da concretização das intenções formalizadas em nível estratégico em ações executivas pelos níveis tático e operacional, muitas vezes, resta prejudicada a comunicação e a clareza dos objetivos estabelecidos. Assim, os entrevistados sugerem a necessidade de fortalecimento dos fóruns de deliberação também nos planos tático e operacional, de modo a traduzir o planejamento em ação.

Da análise das entrevistas, bem como dos instrumentos de coordenação utilizados pela política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas em Brasília, observa-se que existem duas configurações paralelas de governança, mantidas ao mesmo tempo entre Ministério da Defesa e Comandos das Forças Armadas e entre Ministério da Defesa e Hospital das Forças Armadas.

Salvo exceções como a Política de Saúde do Ministério da Defesa, formalizada por meio da Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015, em regra, os instrumentos de coordenação adotam uma regra de gestão mais descentralizada e autônoma em relação aos Comandos Militares e uma estrutura de coordenação mais central entre MD e HFA. Não foram observados outros instrumentos que organizem a atuação de todos estes atores em prol do objetivo comum de prestar assistência à saúde aos militares em Brasília, ficando esta organização mais a cargo de coordenações diretas e informais entre os envolvidos.

Assim, pode ser obtida a seguinte estrutura de coordenação entre os interessados na política de saúde aos militares:

Figura 5 – Estruturas de governança paralelas no âmbito do Ministério da Defesa - política de assistência à saúde aos militares



Fonte: Elaboração própria, 2022.

A configuração da atual estrutura de governança possui característica mais descentralizadora da política para execução no âmbito de cada Força Armada, figurando o Ministério da Defesa mais como uma instância consultiva do que propriamente direcionadora da política de assistência à saúde, sendo as partes dotadas de significativa autonomia na regulação de seus serviços.

Este desenho constitui resultado de uma série de particularidades, dentre as quais, a preservação de autonomia, orçamento próprio, as peculiaridades e distribuição de quadros de pessoal pelo território brasileiro, as especificidades dos serviços de saúde, que variam conforme o tipo de atividade realizada por cada Força Armada.

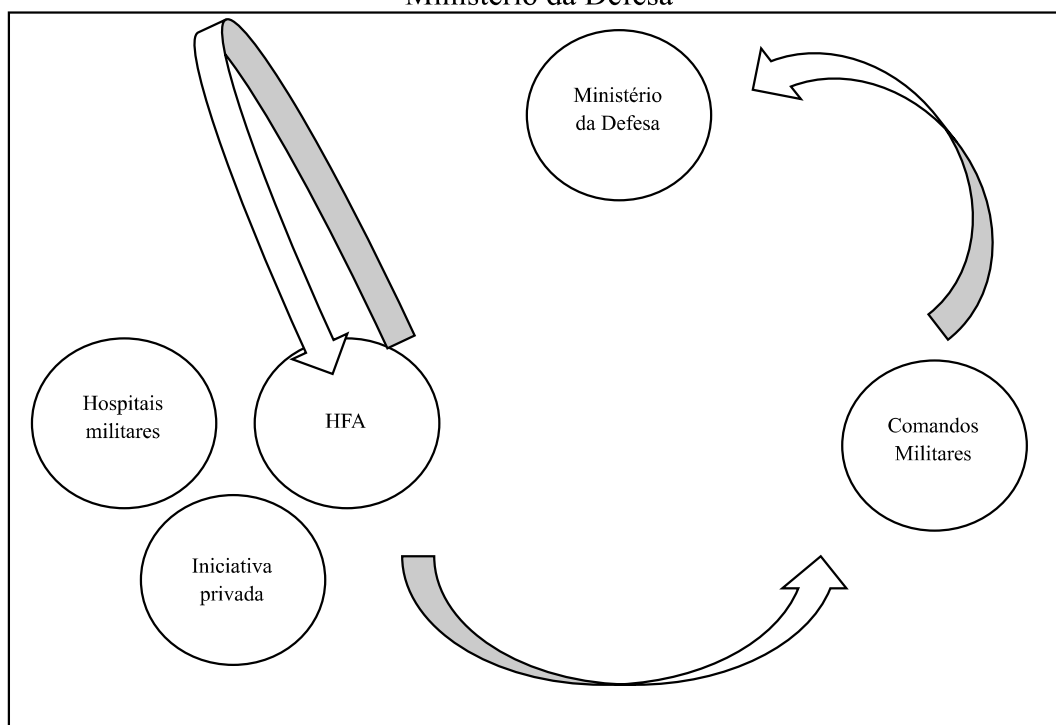
Contudo, paralelas aos conceitos de autonomia e preservação das culturas organizacionais de cada Força, variáveis como alto custo, crescimento da demanda por serviços e estrangulamento das capacidades estruturais e financeiras são cada vez mais determinantes, resultando na necessidade de rediscutir iniciativas mais colaborativas para a execução de suas atividades.

Se por um lado, esta configuração apresenta vantagens como uma maior adaptabilidade de cada Força Armada às necessidades e peculiaridades de suas culturas organizacionais e demandas, por outro pode ocasionar a perda de oportunidades pela ausência de iniciativas mais colaborativas de execução, como, por exemplo, ganho de escala e otimização de insumos e estruturas públicas. Sabe-se que o equilíbrio entre autonomia e cooperação não constitui tarefa simples, necessitando de contínuos ajustes com vistas a aprimorar a utilização de cada um destes institutos da maneira mais apropriada possível.

Desta forma, imagina-se que uma estrutura de retroalimentação de dados relativos às necessidades e potencialidades de cada partícipe, capitaneada pelo Ministério da Defesa como ator de coordenação central, poderia resultar em uma política de saúde mais fluida e colaborativa, otimizando-se estruturas e recursos existentes em prol dos ganhos em escala e qualidade dos serviços prestados.

Assim, as informações e necessidades dos Comandos Militares, centralizadas e organizadas pelo Ministério da Defesa, seriam referenciadas e distribuídas aos hospitais militares da região de Brasília e ao HFA, os quais, após atendimento das necessidades retroalimentariam o sistema em função de suas capacidades, deficiências e necessidades de complementaridade pela iniciativa privada.

Figura 6 – configuração de governança por retroalimentação e coordenação centralizada pelo Ministério da Defesa



Fonte: elaboração própria, 2022.

Entende-se que os marcos legais para o estabelecimento desta configuração já estão formalizados, fazendo-se necessário estabelecer mais claramente os papéis dos atores envolvidos, sobretudo nas esferas tática e operacional, à luz das demandas concretas de assistência à saúde na região de Brasília.

Parece salutar ampliar a discussão de uma maior permeabilidade entre os sistemas de saúde das Forças, permitindo iniciativas colaborativas e integradas, com vistas a reduzir

prejuízos ocasionados por estruturas com baixa capacidade de coordenação e governança – redundâncias, lacunas e contradições dentro e entre políticas públicas – visando o alcance de resultados que não poderiam ser alcançados por cada ator isoladamente.

É importante estabelecer com clareza o desenho da estrutura de governança, os papéis atribuídos a cada partícipe, qual a natureza de suas contribuições à política integrada de assistência – caso assim se deseje estabelecer – fazendo com que, tanto os níveis de planejamento, quanto os de execução, compreendam claramente suas funções no desempenho da política pública.

A presente pesquisa apresenta limitações de análise quanto ao tempo necessário para aprofundamento das discussões, bem como quanto ao acesso de informações mais detalhadas acerca de iniciativas mais cooperativas de gestão. Não foi possível obter acesso aos resultados e deliberações das instâncias colegiadas de saúde, que permitissem avançar com maior profundidade no tema.

Ademais, limitações quanto à disponibilidade de informações sobre as estruturas de pessoal e sistemas informatizados utilizados no âmbito dos serviços de saúde de cada Força Armada não permitiram aprofundar as questões relacionadas às capacidades estatais necessárias e existentes para a gestão da presente configuração de governança.

Neste sentido, compreende-se que há espaço para agendas futuras de pesquisa que pretendam avaliar de forma mais intensiva aspectos como a governança entre Estado e iniciativa privada na prestação da assistência à saúde aos militares, suas implicações, aspectos positivos e negativos; adequação dos instrumentos de governança adotados para a coordenação da política de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas; capacidades estatais necessárias à melhoria do processo de coordenação da política de saúde aos militares das Forças Armadas; e tradução das decisões das instâncias estratégicas de governança em saúde para seus níveis tático e operacional.

No que tange à estrutura de governança da política pública de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas na região de Brasília, embora se observe que passos importantes tenham sido dados a partir do estabelecimento de políticas de coordenação, colegiados e estruturas organizacionais específicas, faz-se necessário o amadurecimento das discussões rumo a um desenho mais colaborativo de governança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Carlos da Silva. Assistência médico-hospitalar nas Forças Armadas. *Revista Âmbito Jurídico*, Março de 2017. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/assistencia-medico-hospitalar-nas-forcas-armadas/>>. Acesso em: 28 de julho de 2020.

ALVARENGA NETO, R. C. D.; BARBOSA, R. R.; CENDON, B. V. A construção de metodologia de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. *Informação & Sociedade*, v. 16, n. 2, 2006.

BAKVIS, H.; JUILLET, L. *O desafio horizontal: ministérios setoriais, órgãos centrais e liderança*. ENAP, 2004

BARDIN, L. Análise de conteúdo. rev. e atual. *Lisboa: Edições*, v. 70, n. 3, 2009.

BOUCKAERT, G.; PETERS, B. G.; VERHOEST, K. *The coordination of public sector organizations: Shifting patterns of public management*. Basingstoke, UK: Macmillan, 2010.

BRASIL. Lei nº 6.880, de 1.310, de 9 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 dezembro 1980, Seção 1.

_____. Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares), a Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960, a Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar), a Lei nº 5.821, de 10 de novembro de 1972, a Lei nº 12.705, de 8 de agosto de 2012, e o Decreto-Lei nº 667, de 2 de julho de 1969, para reestruturar a carreira militar e dispor sobre o Sistema de Proteção Social dos Militares; revoga dispositivos e anexos da Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, e da Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 dezembro 2019, Seção 1.

_____. Lei nº 14.303, de 21 de janeiro de 2022. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2022. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 janeiro 2022, Seção 1.

_____. Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001. Dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1 setembro 2001, Edição Extra.

_____. Decreto nº 1.310, de 8 de agosto de 1962. Cria o Hospital das Forças Armadas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 agosto 1962, Coluna 2, p. 8439.

_____. Decreto nº 82.174, de 24 de agosto de 1978. Cria a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA), a que se refere o artigo

15, item I, do Decreto nº 79.031, de 23 de dezembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 maio 1980, Seção 1.

_____. Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 maio 1980, Seção 1.

_____. Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002. Regulamenta a Medida Provisória no 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 julho 2002, Seção 1.

_____. Decreto nº 5.417, de 13 de abril de 2005. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Comando da Marinha, do Ministério da Defesa, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 abril 2005, Seção 1.

_____. Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo das Cargas na Comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e das Funções Gratificadas do Comando do Exército do Ministério da Defesa, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 abril 2006, Seção 1, retificado pelo *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 abril 2006, Seção 1.

_____. Decreto nº 6.596, de 6 de outubro de 2008. Revoga o inciso I do art. 15 do Decreto nº 79.031, de 23 de dezembro de 1976, que dispõe sobre o Regulamento do Estado-Maior das Forças Armadas, e o Decreto nº 82.174, de 24 de agosto de 1978, que cria a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 outubro 2008, Seção 1.

_____. Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015. Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Hospital das Forças Armadas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 março 2015, Edição Extra.

_____. Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Defesa e altera o Decreto nº 9.031, de 12 de abril de 2017, o Decreto nº 8.905, de 17 de novembro de 2016, e o Decreto nº 6.944, de 21 de agosto de 2009. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 novembro 2018, Seção 1.

_____. Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Conselho Superior de Governança no âmbito do Ministério da Defesa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 dezembro 2018, Seção 1.

_____. Ministério da Defesa. Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015. Aprova a Política de Saúde do Ministério da Defesa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 setembro 2015, Seção 1, p. 9.

_____. Ministério da Defesa. Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021. Aprova o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 março 2021, Seção 1, p. 7.

_____. Ministério da Defesa. Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021. Dispõe sobre o Comitê de Governança do Ministério da Defesa (CG-MD). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 agosto 2021, Seção 1, p. 116.

_____. Ministério da Defesa. Resolução nº 2/CONSUG/MD, de 25 de novembro de 2019. Aprova o Planejamento Estratégico Setorial 2020-2031. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 dezembro 2019, Seção 1, p. 114.

_____. Ministério da Defesa. Política Nacional de Defesa e Estratégia Nacional de Defesa. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/copy_of_estado-e-defesa/pnd_end_congresso_.pdf> Acesso em: 07 de março de 2022.

_____. Comando da Aeronáutica. Portaria nº 1.738/GC3, de 4 de outubro de 2019. Institui o Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira, no âmbito do Comando da Aeronáutica. *Boletim do Comando da Aeronáutica*, Rio de Janeiro, RJ, n. 181, 8 outubro 2019.

_____. Comando do Exército. Portaria nº 004/2019 - EB, de 3 de janeiro de 2019. Aprova a Política de Gestão de Riscos do Exército Brasileiro (EB10-P-01.004), 2ª Edição, 2018. *Boletim do Exército*, Brasília, DF, nº 3, 18 janeiro 2019, p. 67.

_____. Comando do Exército. Portaria EME/ C Ex nº 465, de 9 de agosto de 2021. Institui a Diretriz de Governança e Gestão do Exército Brasileiro (EB20-D-11.001). *Boletim do Exército*, Brasília, DF, nº 33, 20 agosto 2021.

_____. Comando da Marinha. Portaria nº 336/2018/EMA, de 29 de novembro de 2018. Institui o Plano de Integridade da Marinha do Brasil. *Boletim da Marinha do Brasil*, Rio de Janeiro, RJ, Tomo I – Administrativo, n. 12/2018.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAPELLA, A. C. N. *Formulação de políticas públicas*. ENAP, 2018

CAVALCANTE, P.; GOMIDE, A. D. Á.; BARBOSA, S. *A coordenação de programas prioritários sob a perspectiva do núcleo do governo federal (2007-2014)* (No. 2440). Texto para Discussão. 2019.

FIANI, R. *Cooperação e conflito: instituições e desenvolvimento econômico*. Elsevier, 2011.

FUKUYAMA, F. What is Governance? *Governance*, v. 26, n. 3, p. 347-368, 2013.

GRIN, E. J. Atores burocráticos e sua atuação política no interior da gestão governamental. *RACE - Revista de Administração, Contabilidade e Economia*, v. 15, n. 2, p. 475-504, 2016.

- HOWLETT, M. (2009). *Policy analytical capacity and evidence-based policy-making: Lessons from Canada*. Canadian Public Administration. 52(2), 153-175.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M. *The Achilles heel of governance: Critical capacity deficits and their role in governance failures*. Working paper: LKYSPP 14-03. Lee Kuan Yew School of Public Policy Research Paper, nº 14-03. 2014.
- HSU, A. Measuring policy analytical capacity for the environment: A case for engaging new actors. *Policy and Society*, v. 34, n. 3-4, p. 197-208, 2015.
- HUERTA, R. A. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y cultura*, n. 30, p. 119-134, 2008.
- HUGHES, A. et al. Governance and policy capacity in health development and implementation in Australia. *Policy and Society*, v. 34, n. 3-4, p. 229-245, 2015
- LAVILLE, C., & Dionne, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed, Belo Horizonte: UFMG, 2007.
- MARTINS, H. F. Fragmentação e intersetorialidade – em busca de uma agenda da integração. *Gestão Pública no Brasil contemporâneo*, n. 281, 2005
- PAINTER, M.; PIERRE, J. *Challenges to state policy capacity: Global trends and comparative perspectives*. London: Palgrave Macmillan 2005.
- PETERS, B. G. Policy capacity in public administration. *Policy and Society*, v. 34, n. 3-4, p. 219-228, 2015.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. *Governança e capacidades estatais a partir da abordagem dos arranjos e instrumentos de políticas públicas*. IPEA, 2018.
- O'TOOLE JUNIOR, L. Relações interorganizacionais no processo de implementação. In: Peters, B. G.; PIERRE, J. *Administração pública: coletânea*. Brasília: ENAP, 2010
- TIERNAN, A. The dilemmas of organizational capacity. *Policy and Society*, v. 34, n. 3-4, p. 209-217, 2015.
- VAZ, A. C. N. Dispersão decisória, centralidade política e entropia burocrática: mitigando custos transacionais na gestão pública. *Opinião Pública*, v. 24, n. 3, p. 622-669, 2018.
- WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M. Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, v. 34, n. 3-4, p. 165-171, 2015.

ANEXO I

Normativos que estabelecem as estruturas de governança em saúde no âmbito das Forças Armadas

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS		
Ministério da Defesa	<p style="text-align: center;">Secretaria de Pessoal, Saúde, Ensino e Desporto - SEPESD (Ato de criação: Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018)</p> <p>Regulamentação: Art. 43 do Anexo I ao Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 43. À Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto compete:</p> <p>I - propor política de pessoal civil, militar e pensionistas, e políticas, estratégias e diretrizes setoriais de pessoal civil, militar e pensionistas, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar a sua execução;</p> <p>II - propor a política de remuneração dos militares e de seus pensionistas e acompanhar a sua execução;</p> <p>III - coordenar os procedimentos administrativos relacionados a anistiados de competência do Ministério;</p> <p>IV - propor diretrizes e coordenar a gestão do banco de informações estratégicas e gerenciais;</p> <p>V - exercer a função de órgão setorial do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal;</p> <p>VI - propor diretrizes para a assistência religiosa nas Forças Armadas;</p> <p>VII - propor a atualização e acompanhar a execução da Política de Ensino de Defesa, de que trata o <u>Decreto nº 7.274, de 25 de agosto de 2010</u>;</p> <p>VIII - propor diretrizes gerais de orientação das atividades de ensino e de instrução especializada e de ensino, nos aspectos comuns a mais de uma Força;</p> <p>IX - contribuir para a difusão dos assuntos de defesa para a sociedade brasileira;</p>	<p style="text-align: center;">Departamento de Saúde e Assistência Social - DESAS (Ato de criação: Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018)</p> <p>Regulamentação: Art. 46 do Anexo I ao Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 46. Ao Departamento de Saúde e Assistência Social compete:</p> <p>I - propor as bases para a formulação e a atualização das políticas, estratégias e diretrizes setoriais de saúde e assistência social para as Forças Armadas, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar sua execução;</p> <p>II - identificar, em conjunto com as Forças Armadas, áreas passíveis de aperfeiçoamento e integração com a implantação de programas e projetos de saúde e assistência social;</p> <p>III - coordenar estudos e articular ações que contribuam para a melhoria da gestão e a racionalização de programas e projetos de saúde e de assistência social no âmbito das Forças Armadas;</p> <p>IV - realizar estudos e propor, em conjunto com as Forças Armadas, diretrizes gerais para a gestão dos fundos de saúde das Forças Armadas;</p> <p>V - acompanhar a execução das diretrizes para as atividades de saúde, assistência social e segurança biológica, nos seus respectivos eixos biológicos;</p> <p>VI - coordenar estudos e articular ações nas áreas de biossegurança, bioproteção, defesa biológica e biodiversidade, com foco no fortalecimento das capacidades nacionais de defesa; e</p> <p>VII - assessorar e apoiar a Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto em suas demandas técnicas nas áreas de saúde, assistência social e segurança biológica.</p>

	<p>X - supervisionar projetos especiais atribuídos à Secretaria;</p> <p>XI - gerir a captação de recursos financeiros para o Projeto Rondon;</p> <p>XII - propor a formulação e a atualização da política e da estratégia de saúde e assistência social para as Forças Armadas, e a atualização de políticas, estratégias e diretrizes setoriais de saúde e assistência social, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar sua execução;</p> <p>XIII - supervisionar a gestão do Hospital das Forças Armadas; e</p> <p>XIV - propor diretrizes gerais e instruções complementares para as atividades relativas ao esporte militar, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar sua execução.</p>	
<p>Comando da Marinha</p>	<p>Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha - DGPM (Ato de criação: Decreto nº 5.417, de 13 de abril de 2005 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: Art. 5º do Anexo à Portaria nº 20/MB, de 23 de janeiro de 2017 e Portaria nº 91/EMA, de 23 de abril de 2014.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 3º Para a consecução do seu propósito, cabe à DGPM as seguintes tarefas:</p> <p>I - orientar e controlar a atuação das Organizações Militares (OM) subordinadas;</p> <p>II - determinar, aprovar e implementar os estudos e as diretrizes relativas ao Pessoal Militar e Civil da MB, ao Ensino, à Saúde e à Assistência Social e Religiosa;</p> <p>III - supervisionar as atividades de Mobilização dos Subsistemas de Pessoal e Saúde, de Recrutamento, de Carreira, de Instrução, de Saúde e de Assistência Social e Religiosa; e</p> <p>IV - promover a formação da Reserva da Marinha.</p>	<p>Diretoria de Saúde da Marinha - DSM (Ato de criação: Decreto nº 16.237, de 5 de dezembro de 1923 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: Art. 3º do Anexo à Portaria nº 97/DGPM, de 31 de outubro de 2016.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 3º Para consecução do seu propósito cabe à DSM as seguintes tarefas:</p> <p>I - como órgão de Direção Especializada, planejar e supervisionar as atividades técnicas e gerenciais do Sistema de Saúde da Marinha (SSM);</p> <p>II - como órgão de supervisão de Subsistemas, supervisionar os Subsistemas Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa; e</p> <p>III - como órgão de execução técnica, realizar:</p> <p>a) a aquisição de equipamentos e material permanente de saúde com símbolo de Jurisdição “L” (equipamentos de bioengenharia e saúde em geral, suas equipagens, acessórios, ferramentas especiais e</p>

		<p>vestimentas especiais para proteção contra agentes NBQ, exceto as instalações nucleares); e</p> <p>b) as atividades inerentes à Agência de Catalogação do Material de Símbolo de Jurisdição “Q” (medicamentos, artigos de saúde e substâncias e produtos químicos de uso específico da área de saúde).</p>
<p>Comando do Exército</p>	<p>Departamento-Geral do Pessoal - DGP (Ato de criação: Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: art. 13 do Anexo à Portaria nº 127/2017, de 21 de fevereiro de 2017, expedida pelo Gabinete do Comandante do Comando do Exército.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 13. Ao DGP, em conformidade com as políticas e as diretrizes estratégicas do Exército, compete executar as atividades de administração de pessoal que lhe são atribuídas pela legislação específica, bem como realizar o planejamento, a orientação, a coordenação e o controle das atividades relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - assistência à saúde; II - assistência religiosa; III - assistência social; IV - promoções, cadastro e avaliação do pessoal; V - pessoal civil; VI - inativos e pensionistas; VII - movimentação; e VIII - serviço militar. 	<p>Diretoria de Saúde – DSAU (Ato de criação: Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: Portaria C Ex Nº 1.376, de 15 de dezembro de 2020.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 3º À D Sau compete:</p> <p>I – assessorar o chefe do DGP nos assuntos sob sua administração;</p> <p>II – planejar, supervisionar, orientar, coordenar, controlar e realizar a gestão, avaliação e auditoria das atividades relativas ao SSEX;</p> <p>III – efetuar estudos e elaborar propostas para o aperfeiçoamento e a racionalização da política, da legislação, do planejamento, dos programas, da revisão da doutrina atinente ao Serviço de Saúde em Campanha e das normas em vigor, no campo de suas atividades;</p> <p>IV – participar de estudos e elaborar pesquisas nas áreas de saúde operacional, preventiva e assistencial, bem como realizar o planejamento e controle das ações de suprimento e manutenção da logística operacional e da logística assistencial;</p> <p>V – assessorar as autoridades competentes no processamento de assuntos relativos à atividade de saúde;</p>

		<p>VI – manter contatos com instituições públicas e/ou privadas sobre assuntos relacionados à atividade de saúde, quando autorizado;</p> <p>VII – desempenhar, no âmbito do Exército e nos limites da lei, as funções relativas ao controle e à normatização do exercício profissional da Medicina, Farmácia, Odontologia e outras profissões relacionadas à atividade de saúde, no que lhe for compatível.</p>
Comando da Aeronáutica	<p>Comando-Geral do Pessoal - COMGEP (Ato de criação: Decreto nº 6.834, de 30 de abril de 2009 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: Art. 4º do Anexo à Portaria nº 2103/GC3, de 03 de dezembro de 2019.</p> <p>Competências: Art. 4º Ao COMGEP compete:</p> <p>I – propor, quando for o caso, doutrinas, normas, regulamentações, planos e programas relacionados com a Política de Pessoal do COMAER, em suas diversas áreas;</p> <p>II – propor alterações na Política e na Estratégia de Pessoal do COMAER;</p> <p>III – propor medidas que visem ao fortalecimento das Organizações Militares (OM) da Aeronáutica, por intermédio do aperfeiçoamento da Administração de Pessoal;</p> <p>IV – supervisionar, coordenar, controlar e fiscalizar as atividades das OM subordinadas;</p> <p>V – gerenciar as atividades referentes às áreas de saúde, administração de pessoal, ensino, educação física e desportos, assistência religiosa, documentação e psicologia;</p> <p>VI – conceber, planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades concernentes à Logística de Pessoal do COMAER;</p>	<p>Diretoria de Saúde - DIRSA (Ato de criação: Decreto nº 6.834, de 30 de abril de 2009 e suas alterações)</p> <p>Regulamentação: Art. 4º do Anexo à Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020.</p> <p>Competências: Art. 4º À DIRSA compete:</p> <p>I – atuar na formulação de estratégias, legislações e políticas de saúde, exercendo a governança do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU);</p> <p>II – estabelecer diretrizes de Governança do SISAU, em consonância com as diretrizes emanadas do COMGEP;</p> <p>III – coordenar a elaboração das propostas de planejamento e orçamentárias anuais e plurianuais necessárias à execução das atividades do SISAU e priorizar a transferência de recursos às OSA, conforme critérios estratégicos e indicadores de produtividade;</p> <p>IV - padronizar procedimentos, equipamentos, instalações e materiais de saúde, conforme o grau de complexidade da atenção à saúde a ser exercida em cada componente do SISAU;</p> <p>V - gerenciar a aquisição, a distribuição e a correta utilização de equipamentos e materiais especiais disponibilizados aos elos do SISAU;</p>

	<p>VII – planejar, organizar, coordenar, controlar e distribuir os meios relativos a pessoal, material e instalações necessários ao cumprimento das missões que lhe forem atribuídas; e</p> <p>VIII – efetivar o levantamento e a proposição de cursos e estágios, no País e no exterior, relacionados com o aperfeiçoamento técnico-profissional na sua área de atuação.</p>	<p>VI - planejar, coordenar, supervisionar e controlar cursos técnicos de especialização ou de aperfeiçoamento do pessoal de saúde, visando à melhoria da qualificação profissional no SISAU;</p> <p>VII - acompanhar o desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à sua adoção para o aperfeiçoamento do SISAU;</p> <p>VIII - promover o contato e a cooperação com os setores de saúde do Ministério da Defesa e das demais Forças Armadas em ações coordenadas de saúde; e</p> <p>IX - articular com o Ministério da Saúde e demais entidades públicas e privadas fora do âmbito do COMAER, com o intuito de formar parcerias estratégicas e incentivar a atualização dos conhecimentos e a promoção de pesquisas na área de saúde.</p>
<p>Hospital das Forças Armadas</p>	<p>Comando Logístico do HFA (Ato de criação: Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018)</p> <p>Regulamentação: Art. 3º do Anexo à Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018, e Orientação Normativa nº 07/CMT LOG, de 04 de abril de 2018.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 3º Ao Comando Logístico do HFA compete:</p> <p>I - coordenar o planejamento, a implementação e o controle do fluxo logístico, visando a garantir o funcionamento das atividades do HFA;</p> <p>II - incentivar a adoção de modernas práticas de gestão hospitalar;</p> <p>III - aprovar as propostas orçamentárias;</p> <p>IV - manter intercâmbios culturais e científicos;</p> <p>V - celebrar convênios, contratos e outros instrumentos;</p> <p>VI - designar comissões permanentes e transitórias;</p> <p>VII - manter a qualidade dos serviços prestados no HFA;</p> <p>VIII - em coordenação com as direções, divisões e assessorias, fomentar:</p>	<p>Direção Técnica de Saúde - DTS (Ato de criação: Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018)</p> <p>Regulamentação: Art. 25 do Anexo à Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018, e Orientação Normativa nº 09/CMT LOG, de 04 de abril de 2018.</p> <p>Competências:</p> <p>Art. 25 À Direção Técnica de Saúde compete:</p> <p>I - dirigir as atividades de assistência à saúde do HFA;</p> <p>II - executar os atos administrativos que forem afetos à sua responsabilidade funcional que sejam relacionados com atribuições delegadas pelo Comandante Logístico;</p> <p>III - estabelecer parcerias com outras instituições, visando ao desenvolvimento das atividades de saúde no HFA;</p> <p>IV - coordenar e controlar as atividades de suas divisões;</p> <p>V - gerenciar, coordenar e controlar a prestação da assistência médico-hospitalar no HFA;</p> <p>VI - estabelecer ligações com instituições públicas e privadas, relativas aos assuntos sob sua</p>

	<p>a) a assistência à saúde; b) o desenvolvimento técnico, científico, o ensino e a pesquisa; c) a administração e finanças; d) o controle da infraestrutura; e) a gestão dos recursos humanos; e f) a gestão da tecnologia da informação.</p> <p>IX - em coordenação com a Direção Técnica de Saúde, promover a integração entre as organizações militares de saúde (OMS) da guarnição de Brasília.</p>	<p>responsabilidade; e</p> <p>VII - assessorar o Comando Logístico nos assuntos relacionados às atividades de assistência à saúde.</p>
--	---	--

Fonte: elaboração própria, 2022.

ANEXO II

Levantamento dos instrumentos formais de coordenação e governança utilizados pela política pública de assistência à saúde aos militares das Forças Armadas

Classificação central/ classificação decorrente	Tipologia	Instrumentos de coordenação e governança analisados
Autoridade/ Regulação	<p>Sistema Legal e Normativo; Regulamentações Administrativas; Sanções e Incentivos; Sistemas Informatizados; Programas Governamentais.</p>	<p><u>Normativos Gerais sobre Assistência à Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 92.512/1986 - normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes; • Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015 - Política de Saúde do Ministério da Defesa; <p><u>Normativos que regem a assistência à saúde no âmbito dos Comandos Militares:</u></p> <p>a) Comando da Marinha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DGPM 401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar, de 31 de janeiro de 2012 - procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da Marinha do Brasil; <p>b) Comando do Exército</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008 – Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército; • Portaria nº 1.184 do Comando do Exército, de 05 de setembro de 2017 - Aprova as Instruções Gerais para o funcionamento da Assistência Médico-Hospitalar no Exterior aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes e dá outras providências; • Portaria nº 492 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020 - Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares – SAMMED • Portaria nº 493 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020 - Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército – FUSEx <p>c) Comando da Aeronáutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portaria COMGEP nº 111/ALE, de 30 de dezembro de 2020 – NSCA 160-5: Normas para a prestação da Assistência Médico Hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronáutica – SISAU <p><u>Editais de credenciamento de Organizações Civis de Saúde:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> ● Marinha: Editais nº 01/2017 (Assistência Médica, Hospitalar, Laboratorial, de Imagenologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e outros serviços de saúde complementares); nº 01/2019 (Odontologia); e nº 02/2019 (SIAD). ● Exército: Editais de credenciamento nº 01/2020 (Assistência à Saúde aos beneficiários do FUSEX com necessidades especiais) e nº 02/2020 (Serviços Médico-Hospitalares, Atenção Domiciliar, Atendimento de Emergência/ Urgência, Odontológicos, Radiologia e Reabilitação). ● Aeronáutica: Edital de credenciamento nº 001/GAP-DF/2019 (Prestação de Serviços Médicos de Assistência Médico - Hospitalar Ambulatorial; Odontológica; Assistência Domiciliar; Laboratorial em Análises Clínicas e Anatomia Patológica; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Internação de Longa Permanência para Idosos). <p><u>Normativos sobre Governança:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 – Conselho Superior de Governança do MD; ● Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021 - Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD. ● Portaria nº 336/2018/EMA, de 29 de novembro de 2018 - Plano de Integridade da Marinha do Brasil; ● Portaria nº 004, de 03 de janeiro de 2019 – institui o Comitê de Governança e Gestão de Riscos no Exército Brasileiro; ● Portaria EME/C Ex Nº 465, de 09 de agosto de 2021 - Diretriz de Governança e Gestão do Comando do Exército; ● Portaria nº 1.738/GC3, de 04 de outubro de 2019 - Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira; ● Portaria nº 2.189/GC3, de 19 de dezembro de 2019 - Diretriz de Governança do Comando da Aeronáutica. <p><u>Normativos Estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resolução nº 2/CONSUG/MD, de 25 de novembro de 2019 - Planejamento Estratégico Setorial de Defesa para o período de 2020 a 2031; ● Política Nacional de Defesa e Estratégia Nacional de Defesa (Edição de julho de 2020).
<p>Autoridade/ Comitês Consultivos</p>	<p>Colegiados estabelecidos para discussão da política de assistência à saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Decreto nº 82.174/1978 - Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSMEA; ● Decreto 92.512/1986 - Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSMEA; ● Instrução Normativa nº 1/SEPESD/MD, de 20 de abril de 2016 – Comissão dos Hospitais Militares de Brasília (CHMBra); ● Portaria nº 2.110/GM/MD, de 22 de maio de 2017 – Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas.

<p>Tesouro/ Orçamento</p>	<p>Orçamento do Tesouro (custeio); Orçamento do Tesouro (per capita); Fundos de Saúde das Forças Armadas; Indenizações pelos usuários e pelos Fundos de Saúde aos Hospitais; Pagamento de convênios com iniciativa privada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 14.303, de 21 de janeiro de 2022 – Lei Orçamentária Anual de 2022; • Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021 – Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas – Tabela CISSFA; • Portaria MB/MD nº 36, de 21 de fevereiro de 2022 – Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha; • Portaria nº 493 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020 - Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército – FUSEX; • Lei nº 9.238 de 22 de dezembro de 1995: Ratifica a recriação do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas e dá outras providências.
<p>Organização/ Estrutura Organizacional</p>	<p>Estrutura Organizacional.</p>	<p><u>Ministério da Defesa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018 – Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Defesa. <p><u>Comando da Marinha:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 5.417, de 13 de abril de 2005 – Aprova a Estrutura Regimental do Comando da Marinha e dispõe sobre a estrutura e competências da Diretoria Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde da Marinha; • Portaria nº 91/EMA, de 23 de abril de 2014 – Regulamenta a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha - DGPM; • Portaria nº 20/MB, de 23 de janeiro de 2017 - Regulamenta a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha - DGPM; • Portaria nº 97/DGPM, de 31 de outubro de 2016 - Regulamenta a Diretoria de Saúde da Marinha – DSM. <p><u>Comando do Exército:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006 - Aprova a Estrutura Regimental do Comando do Exército e dispõe sobre a estrutura e competências da Diretoria Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde; • Portaria nº 127/2017 do Gabinete do Comandante do Comando do Exército, de 21 de fevereiro de 2017 – Regulamento e estrutura do Departamento Geral do Pessoal; • Portaria C Ex nº 1.376, de 15 de dezembro de 2020 – Regulamento da Diretoria de Saúde do Exército. <p><u>Comando da Aeronáutica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 6.834, de 30 de abril de 2009 – dispõe sobre a estrutura e competências do Comando Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde da Aeronáutica; • Portaria nº 2103/GC3, de 03 de dezembro de 2019 – Regulamenta a estrutura do Comando Geral do Pessoal – COMGEP da Aeronáutica; • Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020 – regulamenta a estrutura da Diretoria de Saúde da Aeronáutica – DIRSA. <p><u>Hospital das Forças Armadas:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015 – dispõe sobre organização e funcionamento do Hospital das Forças Armadas; • Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018 – Dispõe sobre o Regimento Interno do HFA; • Orientação Normativa nº 07/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – estabelece o Regimento Interno do Comando Logístico do HFA; • Orientação Normativa nº 09/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – dispõe sobre o Regimento Interno da Diretoria Técnica de Saúde do HFA.
Modalidade/ Comunicação	Campanhas de Informação; Análise de dados.	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de Serviços ao Usuário – Edição 2021 – Diretoria de Saúde da Marinha; • Carta de Serviços ao Usuário – Edição 2021 – Hospital Naval de Brasília; • Manual do Usuário – Hospital de Força Aérea de Brasília – HFAB; • Carta de Serviços ao Cidadão – 6ª Edição – Hospital das Forças Armadas.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

ANEXO III

Diretrizes Gerais estabelecidas pelo órgão de coordenação central

Regulação/ Sistema Legal/ Ato Normativo	Dispositivo	Observações
Decreto 92.512/1986 - normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes;	Art. 2º A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde: I - dos Ministérios Militares; II - Hospital das Forças Armadas; III - de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes; IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato; V - do exterior, especializadas ou não.	O rol de alternativas para a prestação da assistência à saúde dos militares foi estabelecido centralizadamente.
	Art. 3º, V - Beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar - são os militares da ativa ou na inatividade, bem como seus respectivos dependentes definidos no Estatuto dos Militares.	Os beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar foram definidos centralizadamente
	Art. 3º, XIX - Fator de Custos de Atendimento Médico-Hospitalar é o valor estipulado por militar das Forças Armadas da ativa ou da inatividade e por dependente dos militares, fixado pelo Ministro-Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, que servirá de base para o cálculo de dotação orçamentária destinada à assistência médico-hospitalar.	O valor <i>per capita</i> a ser pago pela União como custeio da assistência à saúde aos militares será definido de forma centralizada.
	Art. 11. Os Ministérios Militares contarão, para a assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, com recursos financeiros oriundos de: I - Dotações orçamentárias, consignadas no Orçamento da União através de propostas anuais dos Ministérios Militares, constituídas de: a) recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes; b) recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos; c) outros recursos que visem à assistência médico-hospitalar. II - Receitas extra-orçamentárias provenientes de: a) contribuições mensais para os fundos de saúde; b) indenizações de atos médicos, paramédicos e serviços afins; c) receitas provenientes da prestação de serviços médico-hospitalares através de convênios e/ou contratos; d) receitas provenientes de outras fontes.	A definição dos recursos que custearão a política de assistência à saúde foi estabelecida de forma centralizada. Houve um certo nível de descentralização quanto às receitas próprias (outras fontes).

	Art. 12, parágrafo único. Os valores correspondentes ao Fator de Custos de Atendimento Médico-Hospitalar do Militar, bem como do dependente dos militares, serão fixados, anualmente, pelo Ministro de Estado Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, ouvidos os Ministros Militares.	Os valores per capita pagos a título de contribuição da União para a assistência médica aos militares das Forças será definido de maneira centralizada.
	Art. 16. Os recursos financeiros oriundos das Indenizações de que trata a letra "b" do item II do artigo 11 terão, como suporte, uma Tabela de Indenizações expressa em termos da Unidade de Serviço Médico (USM), aprovada e atualizada através de Portaria do Estado-Maior das Forças Armadas, ouvidos os Ministérios Militares através da Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA).	Os valores que servirão de parâmetro para o pagamento de serviços médico-hospitalares (USM) prestados pelas unidades militares de saúde serão definidos de forma centralizada. Embora esteja prevista a participação de colegiado para a deliberação (CPSSMEA), a decisão será central, vinculando os três Comandos Militares.
	Art. 27. O militar da ativa, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, ressalvadas as isenções previstas no artigo 28, estará sujeito às seguintes indenizações: I - atos médicos, paramédicos e outros relacionados na Tabela de Indenizações, aprovada pelo Estado-Maior das Forças Armadas, observado o disposto no artigo 17;	Os procedimentos médicos a serem indenizados pelos militares aos hospitais das Forças estão estabelecidos em tabela centralizada.
	Art. 28. O militar da ativa, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará isento das seguintes indenizações: I - de qualquer natureza e em qualquer tempo, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial, se amparado pelo artigo 26; II - da diária de hospitalização; III - de medicamentos de qualquer origem, de prescrição específica, quando hospitalizado - a critério de cada Força; IV - de medicamentos de qualquer origem, prescritos ao Marinheiro, ao Soldado, ao Cabo, às Praças Especiais (...) VI - da taxa de sala de cirurgia; VII - da taxa de remoção.	As hipóteses de isenção do pagamento por procedimentos de assistência à saúde estão disciplinadas centralizadamente.
	Art. 29. O militar na inatividade, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, ressalvadas as isenções previstas no artigo 30, estará sujeito às seguintes indenizações: (...) II - atos médicos, paramédicos e outros relacionados na Tabela de Indenizações, aprovada pelo Estado-Maior das Forças Armadas, observado o disposto no artigo 17;	Os procedimentos médicos a serem indenizados pelos militares inativos aos hospitais das Forças estão estabelecidos em tabela centralizada.
	Art. 30. O militar na inatividade, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará isento das seguintes indenizações: I - de qualquer natureza e em qualquer tempo, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial, se amparado pelo artigo 26; (...)	As hipóteses de isenção do pagamento por procedimentos de assistência à saúde estão disciplinadas centralizadamente.

	<p>IV - da taxa de sala de cirurgia; V - da taxa de remoção.</p>	
	<p>Art. 31. O dependente dos militares, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará sujeito às seguintes indenizações: (...) II - atos médicos, paramédicos e outros relacionados na Tabela de Indenizações, aprovada pelo Estado-Maior das Forças Armadas, observado o disposto no artigo 17;</p>	<p>Os procedimentos médicos a serem indenizados pelos dependentes dos militares aos hospitais das Forças estão estabelecidos em tabela centralizada.</p>
	<p>Art. 32. Os beneficiários dos Fundos de Saúde de cada Força estarão sujeitos ao pagamento de 20%.(vinte por cento) das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas, ou através de convênios ou contratos, sendo o restante coberto com os recursos financeiros relacionados no Título III, conforme regulamentação de cada Força. § 1º Os beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar, não enquadrados como beneficiários dos Fundos de Saúde das respectivas Forças, estarão sujeitos ao pagamento integral das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas ou através de convênios ou contratos. § 2º Salvo o disposto no item IV do artigo 28, os medicamentos produzidos por laboratórios estranhos às Forças Armadas, de prescrição ambulatorial, e as diárias de acompanhante serão pagos integralmente pelos responsáveis.</p>	<p>Os percentuais de pagamento das indenizações pelos serviços prestados foram disciplinados de forma centralizada. Os valores que ultrapassarem os percentuais pré-estabelecidos serão pagos conforme regulamentação descentralizada de cada Força.</p>
	<p>Art. 37. Os atos indenizáveis decorrentes da assistência médico-hospitalar, prestada aos militares da ativa ou na inatividade e seus dependentes, serão pagos às organizações de saúde das Forças Armadas, em conformidade com os dispositivos deste decreto, através de um dos seguintes mecanismos: I - integralmente, pelos Ministérios Militares respectivos, com os recursos orçamentários próprios de cada organização militar prestadora dos serviços, consignados nos respectivos planos de ação anuais, quando se tratar de casos enquadrados nos itens I e V do artigo 25. Os casos amparados pelo artigo 26 serão custeados integralmente pelos órgãos responsáveis pela aplicação dos recursos de assistência médico-hospitalar de cada Força; II - pelos Ministérios Militares respectivos e pelos usuários beneficiários dos Fundos de Saúde, nos percentuais estabelecidos no artigo 32; III - integralmente, pelos usuários, quando não forem beneficiários dos Fundos de Saúde respectivos. § 1º Os débitos, para com as organizações de saúde prestadoras dos serviços e decorrentes de</p>	<p>A forma de pagamento às unidades militares de saúde pela prestação de seus serviços foi definida centralizadamente. Porém, o pagamento às organizações de saúde externas deverá ser realizado em prazo único, conforme regulamentação descentralizada de cada Força.</p>

	indenizações devidas aos Ministérios Militares, deverão ser liquidados dentro de um prazo não superior a 30 (trinta) dias da data de entrada das faturas nos órgãos competentes, em conformidade com a regulamentação de cada Força Singular.	
	Art. 37, § 2º O Hospital das Forças Armadas será indenizado das despesas correspondentes à assistência médico-hospitalar prestada aos militares e seus dependentes na forma regulamentada pelo Estado-Maior das Forças Armadas, ouvidos os Ministérios Militares.	O pagamento de indenizações ao HFA pelos serviços de saúde prestados será definido centralizadamente.
	Art. 38. A alimentação do militar da ativa, quando internado em organizações de saúde das Forças Armadas, será indenizada pela etapa de alimentação e respectivo complemento hospitalar, nos valores em vigor, sacados pela organização atendente. Parágrafo único. O disposto neste artigo é aplicável ao Hospital das Forças Armadas.	O pagamento dos valores relativos à alimentação dos militares internados está definido de maneira centralizada.
	Art. 42. As indenizações de que trata o Título IV deste decreto serão reajustadas, revistas ou canceladas de acordo com o efetivo comportamento da receita, por proposta dos respectivos Ministérios Militares, na forma do artigo 16.	Os valores das indenizações pelos serviços de saúde serão definidos de forma centralizada.
Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018 – Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Defesa.	Art. 57. As Forças Armadas, constituídas pelos Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, são subordinadas ao Ministro de Estado da Defesa e têm suas estruturas e organizações definidas em regulamentos específicos.	Estabelece a subordinação dos Comandos Militares ao Ministério da Defesa.
	Art. 43. À Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto compete: (...) XII - propor a formulação e a atualização da política e da estratégia de saúde e assistência social para as Forças Armadas, e a atualização de políticas, estratégias e diretrizes setoriais de saúde e assistência social, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar sua execução;	A formulação e atualização de políticas, diretrizes e estratégias de saúde serão realizadas de maneira centralizada, naqueles aspectos que forem comuns às três Forças Armadas.
	Art. 43. À Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto compete: (...) XIII - supervisionar a gestão do Hospital das Forças Armadas.	A supervisão sobre a gestão do HFA será realizada de forma centralizada.
	Art. 46. Ao Departamento de Saúde e Assistência Social compete: I - propor as bases para a formulação e a atualização das políticas, estratégias e diretrizes setoriais de saúde e assistência social para as Forças Armadas, em seus aspectos comuns a mais de uma Força, e acompanhar sua execução.	A formulação e atualização de políticas, diretrizes e estratégias de saúde serão realizadas de maneira centralizada, naqueles aspectos que forem comuns às três Forças Armadas.

	<p>Art. 46. Ao Departamento de Saúde e Assistência Social compete:</p> <p>(...)</p> <p>III - coordenar estudos e articular ações que contribuam para a melhoria da gestão e a racionalização de programas e projetos de saúde e de assistência social no âmbito das Forças Armadas.</p>	<p>A coordenação das ações necessárias à racionalização de programas e projetos de saúde será realizada de forma centralizada</p>
<p>Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015 – dispõe sobre organização e funcionamento do Hospital das Forças Armadas.</p>	<p>Art. 2º O Ministro de Estado da Defesa editará o regimento interno do Hospital das Forças Armadas, definindo a sua estrutura, as competências das suas unidades e as atribuições dos seus dirigentes.</p>	<p>O Regimento Interno do Hospital das Forças Armadas será estabelecido pelo Ministério da Defesa, de forma centralizada.</p>
	<p>Art. 2º Parágrafo único. Ato do Ministro de Estado da Defesa aprovará a Tabela de Lotação do Pessoal Militar para o Hospital das Forças Armadas.</p>	<p>O Ministério da Defesa definirá o quadro de pessoal militar em exercício no HFA de forma centralizada.</p>
	<p>Art. 4º O Hospital das Forças Armadas será indenizado pelos Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica pelas despesas decorrentes do atendimento e internação dos correspondentes militares e de seus dependentes, na forma fixada pelos convênios firmados.</p>	<p>O Ministério da Defesa estabeleceu, de forma centralizada, sobre a indenização dos serviços prestados às Forças Armadas.</p>
	<p>Art. 5º O Hospital das Forças Armadas disporá de receitas resultantes de indenizações provenientes de outros convênios, do atendimento a outras pessoas autorizadas pela legislação, de pagamento de diárias referentes aos acompanhantes dos pacientes internados e de outras fontes eventuais.</p>	<p>O Ministério da Defesa estabeleceu, de forma centralizada, sobre as fontes de receitas do Hospital das Forças Armadas</p>
	<p>Art. 6º O Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas, de que trata a Lei nº 9.238, de 22 de dezembro de 1995, consolidará todos os recursos decorrentes das atividades do Hospital das Forças Armadas e os recursos provenientes de outras fontes.</p>	<p>O Ministério da Defesa estabeleceu, de forma centralizada, sobre a adoção do Fundo de Administração do HFA para a gestão de suas receitas.</p>
	<p>Art. 7º O Hospital das Forças Armadas poderá dispor da seguinte força de trabalho:</p> <p>I - militares das três Forças Armadas, dos seus quadros, corpos e especialidades, em caráter permanente ou em estágio;</p> <p>II - servidores públicos ocupantes de cargos efetivos;</p> <p>III - empregados públicos de que trata a Lei nº 10.225, de 15 de maio de 2001 ;</p> <p>IV - servidores públicos nomeados para cargos em comissão;</p> <p>V - pessoal vinculado a convênios ou outros instrumentos administrativos firmados com entidades civis, públicas ou privadas; e</p> <p>VI - médicos e estudantes de medicina, em regime de residência ou internato, e outros profissionais, estudantes, estagiários e demais casos previstos em legislação específica.</p>	<p>O Ministério da Defesa estabeleceu, de forma centralizada, sobre as categorias profissionais que comporão a força de trabalho do HFA.</p>
<p>Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de</p>	<p>Art. 1º O Hospital das Forças Armadas, integrante da estrutura básica do Ministério da</p>	<p>Estabelece, de forma centralizada, as atribuições e competências do</p>

<p>março de 2018 – Dispõe sobre o Regimento Interno do HFA;</p>	<p>Defesa, é hospital militar geral sediado em Brasília e tem as seguintes competências:</p> <p>I - prestar assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar:</p> <p>a) aos militares da ativa, da reserva e reformados, aos servidores da administração central do Ministério da Defesa e aos servidores e empregados públicos do próprio Hospital das Forças Armadas e da Escola Superior de Guerra e aos seus dependentes e pensionistas;</p> <p>b) aos usuários dos Fundos de Saúde das Forças Armadas; e</p> <p>c) a outras instituições autorizadas por convênios, contratos ou outros instrumentos legais;</p> <p>II - cooperar com as autoridades civis e militares no que disser respeito à saúde pública;</p> <p>III - realizar atividades de pesquisa médica;</p> <p>IV - executar programas de ensino médico e de enfermagem, e programa de intercâmbio científico com associações médicas e entidades afins, no Brasil ou no exterior; e</p> <p>V - realizar atos de gestão orçamentária e financeira das dotações sob sua responsabilidade.</p>	<p>Hospital das Forças Armadas, por intermédio da aprovação de seu Regimento Interno.</p>
	<p>Art. 1º, § 2º O atendimento aos casos não previstos nas alíneas "a", "b" e "c" do inciso I do caput deste artigo será realizado mediante indenização integral do serviço, sem prejuízo do atendimento aos usuários elencados nas alíneas anteriores, em consonância com as diretrizes do Ministro de Estado da Defesa, que poderá delegar a competência para elaboração das diretrizes ao Comandante Logístico do HFA.</p>	<p>O atendimento fora do rol de beneficiários será estabelecido de forma centralizada pelo MD, permitindo-se a delegação ao HFA. A delegação não foi realizada automaticamente com a aprovação do Regimento.</p>
<p>Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015 - Política de Saúde do Ministério da Defesa.</p>	<p>Art. 11. São atribuições do Ministério da Defesa:</p> <p>I - coordenar a Política de Saúde do Ministério da Defesa, em conjunto com as Forças Armadas;</p> <p>II - elaborar, em conjunto com as FA, as diretrizes para a implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa, quando necessário;</p> <p>III - acompanhar o processo de implementação da Política de Saúde do Ministério da Defesa nas FA, por meio do estabelecimento de indicadores específicos;</p> <p>IV - acompanhar a implementação das Políticas Específicas de Saúde elaboradas pelas FA;</p> <p>V - promover estudos para a padronização das normas de saúde, no âmbito do MD e das FA;</p> <p>VI - promover estudos e propostas de implementação de programas e projetos visando à melhoria dos serviços de saúde prestados aos usuários do Sistema;</p>	<p>O Ministério da Defesa estabelecerá, de forma centralizada, as diretrizes para a implantação da Política de Saúde do MD no âmbito das Forças Armadas, bem como acompanhará a execução desta nos Comandos Militares.</p>

	<p>VII - acompanhar os estudos para a melhoria da gestão e racionalização dos programas e projetos de saúde do MD e das FA;</p> <p>VIII - coordenar a realização de treinamentos na área de Medicina Operativa/Operacional para avaliar a operacionalidade das FA, durante as Operações Conjuntas;</p> <p>IX - promover o intercâmbio entre o MD e as instituições de saúde das FA;</p> <p>X - acompanhar os temas debatidos nos Comitês Nacionais e Internacionais afetos às áreas de saúde, e divulgar, no âmbito das FA, a legislação pertinente em vigor;</p> <p>XI - designar representantes do MD para eventos nas áreas afetas à saúde; e</p> <p>XII - promover a realização periódica de reuniões, seminários e simpósios relativos à área de saúde das FA.</p>	
Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 – Conselho Superior de Governança do MD.	<p>Art. 1º O Conselho Superior de Governança, órgão colegiado permanente, de caráter deliberativo, que integra a Estrutura Regimental do Ministério da Defesa, tem a finalidade de definir diretrizes para a política de governança pública do Ministério da Defesa e das Forças Armadas.</p> <p>(...)</p> <p>Art. 3º O Conselho Superior de Governança tem a seguinte composição: I - Ministro de Estado da Defesa, que o presidirá; II - Comandante da Marinha; III - Comandante do Exército; IV - Comandante da Aeronáutica; V - Chefe do Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas; e VI - Secretário-Geral do Ministério da Defesa.</p>	Estabelece, de forma centralizada, as atribuições e a estrutura do Conselho Superior de Governança do Ministério da Defesa.
Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021 - Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD.	Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre o Comitê de Governança do Ministério da Defesa (CG-MD), que alcança todos os órgãos que integram o Ministério da Defesa, exceto os Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica.	Estabelece centralizadamente o Conselho de Governança do Ministério da Defesa, que inclui todos os órgãos subordinados, exceto os Comandos Militares.
	Art. 4º § 1º O CG-MD poderá estabelecer diretrizes e políticas transversais a serem observadas pelos comitês internos de governança da ESG, do HFA e do CENSIPAM, observado o disposto no art. 1º, parágrafo único.	Fica delegada competência ao Comitê de Governança do MD para estabelecer, centralizadamente, diretrizes a serem observadas pelo HFA.
	Art. 4º § 3º O Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto orientará o HFA para a observância do disposto nesta Portaria, sem prejuízo ao art. 1º, parágrafo único, e art. 3º, § 1º.	O HFA não participará diretamente do Comitê de Governança, sendo representado pela Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto, de forma centralizada.
Decreto nº 82.174/1978 - Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSMEA.	<p>Art. 1º - Fica criada a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA), prevista no artigo 15, item I, do Decreto nº 79.031, de 23 de dezembro de 1976, com as seguintes atribuições:</p> <p>I - Apreciar os assuntos técnicos que lhe forem submetidos pelo Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas.</p>	Estabelece, de forma centralizada, a Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica.

	<p>II - Assessorar o Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, propondo medidas quanto:</p> <p>a) à manutenção de um plano logístico de Saúde que possibilite a mobilização dos recursos disponíveis ao Setor e sua distribuição entre as Forças Singulares;</p> <p>b) à uniformização de medidas profiláticas e adoção de normas comuns de tratamento médico-cirúrgico nas Forças Armadas, em consonância com os progressos da ciência médica;</p> <p>c) à fixação de normas gerais para a seleção nas Forças Armadas;</p> <p>d) à padronização e modernização, nos serviços de saúde das Forças Armadas, dos equipamentos, material de consumo e material permanente utilizados ou a serem adotados;</p> <p>e) à fixação de normas comuns para as inspeções de Saúde e controle da eficiência físico-psíquica dos militares.</p>	
<p>Instrução Normativa nº 1/SEPESD/MD, de 20 de abril de 2016 – Comissão dos Hospitais Militares de Brasília (CHMBra).</p>	<p>Art. 1º A organização e o funcionamento da Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília - CHMBra é disciplinada nos termos desta Instrução Normativa.</p> <p>Art. 2º A Comissão dos Hospitais Militares sediados em Brasília - CHMBra tem a finalidade de assessorar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto nas questões afetas à aos Serviços de Saúde das Forças Armadas, e ao aperfeiçoamento dos procedimentos de saúde dirigidos à Família Militar, na área de Brasília.</p>	<p>Cria a CHMBra e estabelece, de forma centralizada, sua composição, funcionamento e atribuições.</p>
<p>Portaria nº 2.110/GM/MD, de 22 de maio de 2017 – Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas.</p>	<p>Art. 1º Fica constituído o Conselho Consultivo do Hospital das Forças Armadas, com as seguintes competências:</p> <p>I - assessorar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto na condução dos assuntos relacionados com a gestão do Hospital das Forças Armadas (HFA); e</p> <p>II - auxiliar o Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto na elaboração de diretrizes para o aperfeiçoamento das práticas administrativas do HFA.</p>	<p>Cria o Conselho Consultivo do HFA e estabelece, de forma centralizada, sua composição, funcionamento e atribuições.</p>
<p>Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021 – Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas – Tabela CISSFA.</p>	<p>Art. 1º Fica aprovado o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA), nos termos dos Anexos I a VI desta Portaria.</p> <p>Art. 2º O Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA) tem por finalidade normatizar e apresentar o cálculo de indenizações provenientes da prestação de assistência em saúde aos beneficiários das Organizações Militares (OM) e Organizações Militares de Saúde (OMS).</p>	<p>Estabelece, de forma centralizada, o catálogo para indenização dos serviços de saúde das Forças Armadas.</p>
	<p>Art. 6º O Ministério da Defesa, em conjunto com os Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, é o responsável em estipular a quantidade de USM para cada procedimento</p>	<p>Define, de forma centralizada, ouvidos os Comandos Militares, os valores das Unidades de Serviços Médicos – USM.</p>

	<p>executado na prestação de Assistência em Saúde aos beneficiários dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.</p>	
	<p>Art. 8º Caberá ao Ministério da Defesa alterar a estrutura, a nomenclatura e a qualificação dos procedimentos desta Portaria.</p> <p>Art. 9º As propostas de correção, atualização ou modificação do CISSFA serão apresentadas pela Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto aos Diretores de Saúde das Forças Armadas, para apreciação e posterior devolução ao Ministério da Defesa, para as providências necessárias.</p> <p>Art. 10. Os casos omissos serão resolvidos pelo Secretário de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto, ouvida a Comissão dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA).</p>	<p>As definições relacionadas aos parâmetros adotados na Tabela de Indenizações, embora conte com a manifestação das Forças Armadas, serão definidas centralizadamente.</p>
<p>Lei nº 9.238 de 22 de dezembro de 1995: Ratifica a recriação do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas e dá outras providências.</p>	<p>Art. 1º A recriação do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas - FAHFA, pelo art. 6º da Lei nº 8.173, de 30 de janeiro de 1991, é ratificada nos termos desta Lei.</p> <p>Parágrafo único. O FAHFA tem por objetivo consolidar todos os recursos decorrentes das atividades do Hospital, bem como integrar recursos provenientes de outras Fontes de Receita.</p> <p>Art. 2º Constituem Fontes de Receita - FR, do Fundo de Administração do HFA, os recursos oriundos:</p> <p>I - do Fundo de Saúde das Forças Singulares;</p> <p>II - de convênios, subvenções, contribuições, acordos, doações e legados;</p> <p>III - de indenizações provenientes do atendimento médico-hospitalar, de pagamento de diárias referentes aos acompanhantes dos pacientes internados;</p> <p>IV - de receitas provenientes de arrendamento de bens móveis;</p> <p>V - de receitas provenientes de exploração e arrendamento de bens imóveis;</p> <p>VI - de rendimentos líquidos das operações financeiras realizadas pelo próprio Fundo;</p> <p>VII - de recolhimento de indenizações do Auxílio-Moradia dos militares e da taxa de ocupação dos civis, referente aos Próprios Nacionais Residenciais sob a administração do HFA; e</p> <p>VIII - de quaisquer outras fontes que forem expressamente atribuídas ao Fundo de Administração do HFA.</p>	<p>Estabelece, de forma centralizada, a finalidade e os recursos a serem administrados pelo Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas – FAHFA.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2022.

ANEXO IV

Operacionalização regulamentada no âmbito de cada Força Armada

Regulação/ Sistema Legal/ Ato Normativo	Dispositivo	Observações
Decreto 92.512/1986 - normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes;	Art. 1º O militar da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e seus dependentes têm direito à assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar, conforme as condições estabelecidas neste decreto e nas regulamentações específicas das Forças Singulares.	A regulamentação das condições de prestação da assistência à saúde será estabelecida de maneira descentralizada pelas Forças Singulares.
	Art. 2º, § 1º O estabelecimento de prioridade para a utilização das organizações de que trata este artigo será regulamentado em cada Ministério Militar, observado o disposto neste decreto.	A definição quanto à ordem de prioridade para utilização das alternativas de assistência à saúde será definida por cada Força Singular.
	Art. 3º, inciso VI - Beneficiários dos Fundos de Saúde - são os beneficiários da assistência médico-hospitalar que contribuem para os Fundos de Saúde e os dependentes dos militares que, a critério de cada Força, sejam enquadrados nos regulamentos dos respectivos Fundos.	Os dependentes dos militares, para fins de contribuição aos Fundos de Saúde, serão definidos em regulamentos de cada Força.
	Art. 3º, inciso XX - Fundo de Saúde - é o recurso extra-orçamentário oriundo de contribuições obrigatórias dos militares, da ativa e na inatividade, e dos pensionistas dos militares, destinado a cobrir parte das despesas com a assistência médico-hospitalar dos beneficiários do Fundo, segundo regulamentação específica de cada Força Singular;	Os percentuais de contribuição aos Fundos de Saúde serão definidos de forma descentralizada por cada Comando Militar.

	<p>Art. 7º A assistência médico-hospitalar aos militares da ativa ou na inatividade, em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, no País ou no exterior, por motivos médicos que transcendam à possibilidade de atendimento pelos seus sistemas, será autorizada:</p> <p>I - pelo seu comandante, diretor ou chefe, ou autoridade militar para tal designada, mediante parecer de oficial médico subordinado ou de facultativo contratado, para organizações de saúde no País;</p> <p>II - pelo Ministro de Estado da respectiva Força Singular, mediante parecer de seu Diretor de Saúde, para organizações de saúde no exterior.</p> <p>§ 1º Os internamentos de emergências em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, que ocorrerem sem a autorização de que trata o item I deste artigo, poderão ser ratificados pela autoridade ali mencionada, desde que comprovada a urgência.</p> <p>§ 2º A continuidade do tratamento dos casos especificados no parágrafo anterior, no que tange à permanência na organização estranha ou à remoção ou evacuação para as organizações das Forças Armadas, ficará condicionada à situação médica dos pacientes, em conformidade com as normas específicas de cada Força.</p>	<p>As definições relativas aos encaminhamentos e parâmetros para utilização de assistência à saúde complementar realizada pela iniciativa privada ficará a cargo de cada Comando Militar.</p>
	<p>Art. 8º Ao militar da ativa que se encontre no exterior em missão permanente, transitória ou eventual, será prestada assistência médico-hospitalar em organizações de saúde dos respectivos países, com os mesmos direitos relativos à assistência médico-hospitalar prestada em território nacional, desde que, verificada a impossibilidade ou inconveniência de evacuação para o Brasil, seja encaminhado pelo seu comandante, diretor ou chefe, ou pela maior autoridade da respectiva Força com jurisdição na área, ou pela autoridade militar para tal designada.</p>	<p>A prestação da assistência à saúde aos militares no exterior também será regulada no âmbito de cada Força Armada.</p>
	<p>Art. 14. A contribuição de até três e meio por cento ao mês, para constituição do Fundo de Saúde, de cada Força Armada, será estabelecida pelo respectivo Comandante da Força.</p>	<p>Os percentuais de contribuição dos militares para os Fundos de saúde serão estabelecidos por cada Força Armada.</p>
	<p>Art. 15. O Fundo de Saúde de cada Força Armada será regulamentado pelo respectivo Ministro.</p>	<p>A regulamentação dos Fundos de Saúde das Forças Armadas será de responsabilidade de cada Comando.</p>
	<p>Art. 18. Os recursos financeiros de que trata o artigo 11 deste decreto, destinados exclusivamente à assistência médico-hospitalar, serão geridos pelo respectivo Ministério, de acordo com regulamentação própria.</p>	<p>A gestão dos recursos financeiros será realizada de maneira descentralizada.</p>

	<p>Art. 20. Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para:</p> <p>I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas;</p> <p>II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde;</p> <p>III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios.</p>	<p>A gestão da saúde complementar prestada por terceiros será realizada de modo descentralizado.</p>
	<p>Art. 21. Para efeito do estabelecido no artigo 5º e com relação ao Hospital das Forças Armadas, os Ministérios Militares ou as organizações deles dependentes poderão celebrar convênios, se julgados necessários, ou estabelecer normas de atendimento que visem a facilitar os procedimentos administrativos pertinentes.</p>	<p>A gestão da assistência à saúde prestada de forma complementar será realizada de forma descentralizada. Aqui é previsto, inclusive, que os Comandos Militares poderão estabelecer condições individuais de relacionamento com o próprio HFA.</p>
	<p>Art. 27. O militar da ativa, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, ressalvadas as isenções previstas no artigo 28, estará sujeito às seguintes indenizações:</p> <p>(...)</p> <p>II - medicamentos produzidos por laboratórios estranhos à Força serão indenizados de acordo com tabela própria, elaborada por ato dos respectivos Ministérios, cujos percentuais serão proporcionais ao custo do medicamento, tempo de uso e à situação do usuário; (Redação dada Decreto nº 886, de 1993)</p> <p>III - aparelhos ortopédicos, óculos e artigos correlatos, conforme regulamentação das Forças Singulares;</p> <p>(...)</p> <p>Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se à assistência médico-hospitalar prestada por organizações de saúde sob convênio ou contrato, no que for compatível, conforme regulamentação das Forças Singulares.</p>	<p>A indenização de valores pela utilização de serviços de saúde nos Hospitais das Forças, exceto os procedimentos e atos médicos, que são definidos em tabela centralizada, será regulamentada por cada Força Armada.</p>
	<p>Art. 28. O militar da ativa, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará isento das seguintes indenizações:</p> <p>(...)</p> <p>III - de medicamentos de qualquer origem, de prescrição específica, quando hospitalizado - a critério de cada Força;</p> <p>(...)</p> <p>V - de exames complementares de qualquer origem e de aplicações, fisioterápicas, quando hospitalizado - a critério de cada Força;</p>	<p>A isenção de indenizações por parte dos militares está definida de modo centralizado, exceto no caso de prescrição específica de medicamentos, exames e fisioterapia, hipóteses em que deverão ser reguladas por cada Força.</p>

	<p>Art. 29. O militar na inatividade, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, ressalvadas as isenções previstas no artigo 30, estará sujeito às seguintes indenizações:</p> <p>(...)</p> <p>III - medicamentos produzidos por laboratórios estranhos às Forças Armadas, de forma integral, quando em tratamento ambulatorial e, a critério de cada Força, quando hospitalizado;</p> <p>IV - aparelhos ortopédicos, óculos e artigos correlatos, conforme regulamentação das Forças Singulares;</p>	<p>A necessidade de indenizações por parte dos militares está definida de modo centralizado, exceto no caso de prescrição específica de medicamentos durante hospitalização, aparelhos ortopédicos, óculos e correlatos, hipóteses em que deverão ser reguladas por cada Força.</p>
	<p>Art. 30. O militar na inatividade, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará isento das seguintes indenizações:</p> <p>(...)</p> <p>II - de medicamentos de qualquer origem, de prescrição específica, quando hospitalizado - a critério de cada Força;</p> <p>III - de exames complementares de qualquer origem e de aplicações fisioterápicas, quando hospitalizado - a critério de cada Força;</p>	<p>A isenção de indenizações por parte dos militares está definida de modo centralizado, exceto no caso de prescrição específica de medicamentos, exames e fisioterapia, hipóteses em que deverão ser reguladas por cada Força.</p>
	<p>Art. 31. O dependente dos militares, quando hospitalizado ou em tratamento ambulatorial em organizações de saúde das Forças Armadas, estará sujeito às seguintes indenizações:</p> <p>(...)</p> <p>III - medicamentos produzidos por laboratórios estranhos às Forças Armadas, de forma integral, quando em tratamento ambulatorial e, a critério de cada Força, quando hospitalizado;</p> <p>IV - aparelhos ortopédicos, óculos e artigos correlatos, conforme regulamentação das Forças Singulares;</p>	<p>A necessidade de indenizações por parte dos militares está definida de modo centralizado, exceto no caso de prescrição específica de medicamentos durante hospitalização, aparelhos ortopédicos, óculos e correlatos, hipóteses em que deverão ser reguladas por cada Força.</p>
	<p>Art. 32. Os beneficiários dos Fundos de Saúde de cada Força estarão sujeitos ao pagamento de 20%.(vinte por cento) das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas, ou através de convênios ou contratos, sendo o restante coberto com os recursos financeiros relacionados no Título III, conforme regulamentação de cada Força.</p>	<p>Os percentuais de pagamento das indenizações pelos serviços prestados foram disciplinado de forma centralizada.</p> <p>Os valores que ultrapassarem os percentuais pré-estabelecidos serão pagos conforme regulamentação descentralizada de cada Força.</p>

	<p>Art. 33. As indenizações previstas neste Decreto, exceto a referente à diária de acompanhante, poderão ser pagas à vista ou em parcelas mensais, sendo consideradas dívidas para com a Fazenda Nacional e sujeitas a desconto obrigatório, conforme estabelecido em legislação específica.</p> <p>Parágrafo único. Os Comandantes Militares, no âmbito das respectivas Forças, observadas as peculiaridades e conveniências dos sistemas de assistência médico-hospitalar, fixarão os percentuais para pagamento à vista ou em parcelas mensais, bem como os critérios e modalidades de pagamento da indenização de diária de acompanhante.</p>	<p>Os Comandos Militares poderão dispor, de forma descentralizada, quanto à forma de pagamento das diárias de acompanhante.</p>
	<p>Art. 37, § 1º Os débitos, para com as organizações de saúde prestadoras dos serviços e decorrentes de indenizações devidas aos Ministérios Militares, deverão ser liquidados dentro de um prazo não superior a 30 (trinta) dias da data de entrada das faturas nos órgãos competentes, em conformidade com a regulamentação de cada Força Singular.</p>	<p>O pagamento às organizações de saúde externas deverá ser realizado em prazo único, conforme regulamentação descentralizada de cada Força.</p>
	<p>Art. 39. O pagamento das indenizações devidas às organizações de saúde sob convênio ou contrato, pela assistência médico-hospitalar prestada aos militares e seus dependentes, será feito pelo Ministério a que pertencer o militar, à custa dos recursos relacionados no Título III, observado o disposto neste decreto e de conformidade com a regulamentação das Forças Singulares.</p>	<p>O pagamento às organizações externas de saúde será realizado conforme regulamentação de cada Força.</p>
	<p>Art. 45. As condições de internação e as indenizações a que ficará sujeito o militar ou seu dependente, nas situações de que tratam os artigos 43 e 44 deste decreto, serão regulamentadas por ato dos respectivos Ministérios.</p>	<p>As internações prolongadas em organizações civis de saúde serão reguladas por normas de cada Comando Militar.</p>
	<p>Art. 46. As disposições do presente decreto serão complementadas por normas a serem baixadas pelos Ministérios Militares.</p>	<p>Delega competência aos Comandos Militares para complementar a regulamentação relativa à assistência à saúde de seus militares.</p>
Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018 – Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Defesa;	<p>Art. 57. As Forças Armadas, constituídas pelos Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, são subordinadas ao Ministro de Estado da Defesa e têm suas estruturas e organizações definidas em regulamentos específicos.</p>	<p>Prevê regulamentação das estruturas organizacionais dos Comandos Militares de forma descentralizada.</p>
	<p>Art. 46. Ao Departamento de Saúde e Assistência Social compete: (...) II - identificar, em conjunto com as Forças Armadas, áreas passíveis de aperfeiçoamento e integração com a implantação de programas e projetos de saúde e assistência social.</p>	<p>A identificação das áreas de saúde passíveis de aperfeiçoamento e integração será realizada de forma descentralizada.</p>

	<p>Art. 46. Ao Departamento de Saúde e Assistência Social compete: (...) IV - realizar estudos e propor, em conjunto com as Forças Armadas, diretrizes gerais para a gestão dos fundos de saúde das Forças Armadas.</p>	<p>A formulação de diretrizes para a gestão dos Fundos de Saúde das Forças Armadas será realizada de forma descentralizada.</p>
<p>Decreto nº 5.417, de 13 de abril de 2005 - dispõe sobre a estrutura organizacional do Comando da Marinha.</p>	<p>Art. 4º O regimento interno do Comando da Marinha será aprovado pelo Comandante da Marinha e publicado no Diário Oficial da União, no prazo de noventa dias, contado da data de publicação deste Decreto.</p>	<p>Delega competência para que o Regimento Interno da Marinha seja aprovado de forma descentralizada.</p>
<p>Portaria nº 91/EMA, de 23 de abril de 2014 – Regulamenta a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha - DGPM;</p>	<p>Art. 20 - À Assessoria de Serviços Assistenciais (DGPM-40) compete, especificamente, assessorar o Diretor-Geral nos assuntos relativos à Saúde e à Assistência Social.</p>	<p>A estruturação organizacional das atividades de saúde no Comando da Marinha é realizada de forma descentralizada.</p>
	<p>Art. 25 - O Diretor-Geral do Pessoal da Marinha aprovará, no prazo de noventa (90) dias, o Regimento Interno, que apresentará o detalhamento deste Regulamento.</p>	<p>As atribuições e competências das estruturas de saúde do Comando da Marinha serão definidas de forma descentralizada.</p>
<p>Portaria nº 20/MB, de 23 de janeiro de 2017 - Regulamenta a Diretoria Geral do Pessoal da Marinha - DGPM;</p>	<p>Art. 26 Ao Diretor-Geral do Pessoal da Marinha, especificamente, compete, exceto no que couber aos Fuzileiros Navais: I - a determinação, a aprovação e a implementação dos estudos e das diretrizes relativas ao pessoal militar e civil da MB, ao ensino, à saúde e à assistência social e religiosa; II - a supervisão das atividades de mobilização dos subsistemas de pessoal e saúde, de recrutamento, de carreira, de ensino e de assistência social e religiosa do pessoal da MB.</p>	<p>As atividades relacionadas ao estabelecimento de diretrizes e estudos, bem como a supervisão da área de saúde no Comando da Marinha serão realizadas de forma descentralizada.</p>

<p>Portaria nº 97/DGPM, de 31 de outubro de 2016 - Regulamenta a Diretoria de Saúde da Marinha – DSM;</p>	<p>Art. 3º Para consecução do seu propósito cabe à DSM as seguintes tarefas: I - como órgão de Direção Especializada, planejar e supervisionar as atividades técnicas e gerenciais do Sistema de Saúde da Marinha (SSM); II - como órgão de supervisão de Subsistemas, supervisionar os Subsistemas Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa; e III - como órgão de execução técnica, realizar: a) a aquisição de equipamentos e material permanente de saúde com símbolo de Jurisdição “L” (equipamentos de bioengenharia e saúde em geral, suas equipagens, acessórios, ferramentas especiais e vestimentas especiais para proteção contra agentes NBQ, exceto as instalações nucleares); e b) as atividades inerentes à Agência de Catalogação do Material de Símbolo de Jurisdição “Q” (medicamentos, artigos de saúde e substâncias e produtos químicos de uso específico da área de saúde).</p> <p>Art. 28 O Diretor de Saúde da Marinha (DSM-01) aprovará, no prazo de noventa dias, o Regimento Interno, que apresentará o detalhamento deste Regulamento.</p>	<p>A regulamentação da Diretoria de Saúde da Marinha ocorre de maneira descentralizada, tendo sido formalizada pelo Departamento Geral do Pessoal da Marinha.</p> <p>Foi delegada competência à Diretoria de Saúde para elaborar seu Regimento Interno de forma descentralizada.</p>
<p>Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006 - dispõe sobre a estrutura organizacional do Comando do Exército;</p>	<p>Art. 3º O Regimento do Exército, que compreende a estrutura do Estado-Maior do Exército, dos órgãos de assessoria superior e de assistência direta e imediata ao Comandante do Exército, dos órgãos de direção setorial e operacional e dos comandos militares de área, como suas competências e como atribuições de seus dirigentes, será aprovado Comandante do Exército e publicado no prazo de publicação de nove dias, contado da data.</p>	<p>Delega competência para dispor sobre a organização do Comando do Exército, através de seu Regimento Interno, de forma descentralizada.</p>
<p>Portaria nº 127/2017 do Gabinete do Comandante do Comando do Exército, de 21 de fevereiro de 2017 – Regulamento e estrutura do Departamento Geral do Pessoal.</p>	<p>Art. 13. Ao DGP, em conformidade com as políticas e as diretrizes estratégicas do Exército, compete executar as atividades de administração de pessoal que lhe são atribuídas pela legislação específica, bem como realizar o planejamento, a orientação, a coordenação e o controle das atividades relacionadas com: I - assistência à saúde;</p>	<p>Estrutura, de forma descentralizada, o Departamento Geral do Pessoal do Comando do Exército.</p>
<p>Decreto nº 6.834, de 30 de abril de 2009 – dispõe sobre a estrutura e competências do Comando Geral do Pessoal e da Diretoria de Saúde da Aeronáutica.</p>	<p>Art. 4º O Regimento Interno do Comando da Aeronáutica será aprovado pelo Comandante da Aeronáutica e publicado no Diário Oficial da União.</p>	<p>Delega competência para a elaboração do Regimento Interno do Comando da Aeronáutica de forma descentralizada.</p>
<p>Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020 – regulamenta a estrutura da</p>	<p>Art. 4º À DIRSA compete: I - atuar na formulação de estratégias, legislações e políticas de saúde, exercendo a</p>	<p>Regulamenta a estrutura e atribuições da Diretoria de Saúde do Comando da Aeronáutica de forma descentralizada.</p>

<p>Diretoria de Saúde da Aeronáutica – DIRSA.</p>	<p>governança do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU); II - estabelecer diretrizes de Governança do SISAU, em consonância com as diretrizes emanadas do COMGEP; III - coordenar a elaboração das propostas de planejamento e orçamentárias anuais e plurianuais necessárias à execução das atividades do SISAU e priorizar a transferência de recursos às OSA, conforme critérios estratégicos e indicadores de produtividade; IV - padronizar procedimentos, equipamentos, instalações e materiais de saúde, conforme o grau de complexidade da atenção à saúde a ser exercida em cada componente do SISAU; V - gerenciar a aquisição, a distribuição e a correta utilização de equipamentos e materiais especiais disponibilizados aos elos do SISAU; VI - planejar, coordenar, supervisionar e controlar cursos técnicos de especialização ou de aperfeiçoamento do pessoal de saúde, visando à melhoria da qualificação profissional no SISAU; VII - acompanhar o desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à sua adoção para o aperfeiçoamento do SISAU; VIII - promover o contato e a cooperação com os setores de saúde do Ministério da Defesa e das demais Forças Armadas em ações coordenadas de saúde; e IX - articular com o Ministério da Saúde e demais entidades públicas e privadas fora do âmbito do COMAER, com o intuito de formar parcerias estratégicas e incentivar a atualização dos conhecimentos e a promoção de pesquisas na área de saúde.</p>	
<p>Decreto nº 8.422, de 20 de março de 2015 – dispõe sobre organização e funcionamento do Hospital das Forças Armadas.</p>	<p>Art. 3º O Hospital das Forças Armadas poderá firmar convênios, contratos e outros instrumentos legais para o integral cumprimento de suas competências.</p>	<p>O Decreto delegou competência ao HFA para, de forma descentralizada, gerir seus contratos e convênios.</p>

<p>Portaria Normativa nº 10/MD, de 07 de março de 2018 – Dispõe sobre o Regimento Interno do HFA.</p>	<p>Art. 3º Ao Comando Logístico do HFA compete:</p> <p>I - coordenar o planejamento, a implementação e o controle do fluxo logístico, visando a garantir o funcionamento das atividades do HFA;</p> <p>II - incentivar a adoção de modernas práticas de gestão hospitalar;</p> <p>III - aprovar as propostas orçamentárias;</p> <p>IV - manter intercâmbios culturais e científicos;</p> <p>V - celebrar convênios, contratos e outros instrumentos;</p> <p>VI - designar comissões permanentes e transitórias;</p> <p>VII - manter a qualidade dos serviços prestados no HFA;</p> <p>VIII - em coordenação com as direções, divisões e assessorias, fomentar:</p> <p>a) a assistência à saúde;</p> <p>b) o desenvolvimento técnico, científico, o ensino e a pesquisa;</p> <p>c) a administração e finanças;</p> <p>d) o controle da infraestrutura;</p> <p>e) a gestão dos recursos humanos; e</p> <p>f) a gestão da tecnologia da informação.</p> <p>IX - em coordenação com a Direção Técnica de Saúde, promover a integração entre as organizações militares de saúde (OMS) da guarnição de Brasília.</p>	<p>Fica delegada competência para que o HFA de forma descentralizada realize a gestão das atividades logísticas, hospitalares, orçamentárias, de ensino e pesquisa em saúde, assistência em saúde, dentre outras necessárias ao seu funcionamento.</p> <p>Fica delegada ainda competência para promover a integração direta com os demais hospitais militares da região de Brasília.</p>
	<p>Art. 35. Ao Comandante Logístico do HFA incumbe:</p> <p>(...)</p> <p>IV - modificar a estrutura organizacional e as atribuições no nível inferior à divisão, assim como propor à autoridade superior a modificação deste Regimento Interno, sempre que o interesse dos serviços do HFA o exigirem;</p>	<p>Fica delegada competência ao HFA para, de forma descentralizada, estabelecer competências e funcionamento das Unidades subordinadas ao nível de Divisão.</p>
<p>Orientação Normativa nº 07/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – estabelece o Regimento Interno do Comando Logístico do HFA.</p>	<p>O Comandante Logístico do Hospital Das Forças Armadas, no uso da atribuição que lhe é conferida pelo artigo 63 do Regimento Interno do HFA, aprovado pela Portaria Normativa nº 10/MD, de 7 de março de 2018, do Ministro da Defesa, e tendo em vista a Portaria Normativa nº 559/MD, de 3 de maio de 2005, do Ministro da Defesa, resolve:</p> <p>Art. 1º Expedir a presente Orientação Normativa (ON) destinada a definir as atribuições e o funcionamento das Subdivisões, Seções e demais Setores que integram o Comando Logístico do Hospital das Forças Armadas (HFA).</p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, o Regimento Interno do Comando Logístico do HFA para os níveis subordinados às Divisões.</p>
<p>Orientação Normativa nº 09/CMT LOG, de 04 de abril de 2018 – dispõe sobre o Regimento Interno</p>	<p>O Comandante Logístico do Hospital Das Forças Armadas, no uso da atribuição que lhe é conferida pelo artigo 63 do Regimento Interno do HFA, aprovado pela Portaria Normativa nº 10/MD, de 7 de março de 2018, do Ministro da Defesa, e tendo em vista a</p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, o Regimento Interno da Diretoria Técnica de Saúde do HFA para os níveis subordinados às Divisões.</p>

da Diretoria Técnica de Saúde do HFA.	Portaria Normativa nº 559/MD, de 3 de maio de 2005, do Ministro da Defesa, resolve: Art. 1º Expedir a presente Orientação Normativa (ON) destinada a definir as atribuições e o funcionamento das Subdivisões, Seções e demais Setores da Direção Técnica de Saúde do Hospital das Forças Armadas (HFA).	
Portaria Normativa nº 2.076/MD, de 22 de setembro de 2015 - Política de Saúde do Ministério da Defesa.	Art. 12. São atribuições das FA: I - elaborar e implementar as Políticas Específicas de Saúde, de acordo com as especificidades de cada FS; II - manter o MD atualizado sobre as Políticas Específicas de Saúde elaboradas em sua respectiva FS; III - encaminhar ao MD propostas de assuntos a serem compartilhados para promover a padronização e a otimização das ações militares na área de saúde; IV - incentivar a participação de seu pessoal relacionado à área em cursos e eventos atinentes à saúde militar; V - promover o contínuo aperfeiçoamento da equipe técnica responsável pela área de saúde das FA, de forma a manter a operacionalidade de seu efetivo; VI - estimular a permanência do pessoal qualificado em saúde das FA no exercício de atividades afins; VII - assegurar, de forma coordenada, o ingresso de pessoal graduado na área de saúde; e VIII - promover a realização periódica de reuniões, seminários e simpósios relativos à área de saúde das FA.	Fica delegada competência às Forças Armadas para aplicar as diretrizes estabelecidas pela Política de Saúde do MD no âmbito de seus Comandos, regulamentando sua operacionalização internamente às suas unidades.
Decreto nº 9.628, de 26 de dezembro de 2018 – Conselho Superior de Governança do MD.	Art. 2º Compete ao Conselho Superior de Governança: I - direcionar e aprovar o planejamento estratégico setorial de defesa; II - promover o alinhamento estratégico e a interação dos programas e projetos das Forças Singulares que integram o portfólio estratégico de defesa, de modo a priorizá-los; e III - definir diretrizes e critérios para a estruturação do potencial estratégico de defesa em torno de capacidades conjuntas ou singulares.	Delega competências para o estabelecimento, de forma descentralizada, de Resoluções acerca da governança estratégica no âmbito do Ministério da Defesa e das Forças Armadas.
Portaria nº 336/2018/EMA, de 29 de novembro de 2018 - Plano de Integridade da Marinha do Brasil.	Este documento intitulado de Plano de Integridade da Marinha do Brasil apresenta a estrutura de governança do Órgão, ressaltando as suas principais atribuições em relação ao Programa de Integridade, os fundamentos essenciais para consecução do Programa, a forma de alinhamento ao PEM e os quatro eixos de atuação do Programa, definidos na Portaria nº 750/CGU/2016 e no Decreto nº 9.203/2017, quais sejam: Comprometimento e Apoio da Alta Administração; Unidade Responsável e Instâncias de Integridade; Gerenciamento dos	Estabelece, de forma descentralizada, o Plano de Integridade da Marinha, o qual envolve definições relacionadas à estrutura de governança da Unidade.

	Riscos à Integridade; e Estratégias de Monitoramento Contínuo.	
Portaria nº 1.738/GC3, de 04 de outubro de 2019 - Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira.	<p>Art. 2º O CGov-FAB tem competência para:</p> <p>I - aprovar a implementação de processos, estruturas e mecanismos adequados à incorporação dos princípios e das diretrizes da governança;</p> <p>II - promover e acompanhar a implementação das medidas, dos mecanismos e das práticas organizacionais de governança definidos pelo Comitê Interministerial de Governança – CIG em seus manuais e em suas resoluções;</p> <p>III - definir o direcionamento estratégico que norteia as boas práticas de governança, gestão de riscos e indicadores estratégicos, e emitir recomendações para seu aprimoramento;</p> <p>IV - direcionar o fomento dos princípios e valores fundamentais da Ética Militar condizentes com o fortalecimento da integridade institucional;</p> <p>V - direcionar, monitorar e avaliar o Programa de Integridade da FAB;</p> <p>VI - aprovar a estratégia da gestão de riscos, monitorar a sua implementação e avaliar o nível de risco institucional, a fim de propor aperfeiçoamentos futuros;</p> <p>VII - tomar conhecimento e avaliar os riscos que podem comprometer o cumprimento da missão organizacional, a fim de propugnar a tomada das providências necessárias; e</p> <p>VIII - incentivar, promover e monitorar o aprimoramento da governança, da gestão de riscos e da integridade decorrente de recomendações do próprio Comitê e dos órgãos de controle.</p>	Institui, de forma descentralizada, o Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira, no âmbito do Comando da Aeronáutica.
Portaria nº 2.189/GC3, de 19 de dezembro de 2019 - Diretriz de Governança do Comando da Aeronáutica.	A presente publicação tem por finalidade estabelecer os princípios, a organização e a dinâmica de funcionamento da Governança no Comando da Aeronáutica.	Aprova, de forma descentralizada, a diretriz de Governança no Comando da Aeronáutica.
Portaria EME/C Ex Nº 465, de 09 de agosto de 2021 - Diretriz de Governança e Gestão do Comando do Exército.	<p>Art. 1º Esta Diretriz tem por finalidade implementar a Política de Governança no âmbito do Exército Brasileiro (EB), com vistas a contribuir com os esforços sinérgicos da Força em maximizar o seu Poder de Combate, mantendo-a em permanente estado de prontidão, a fim de assegurar o cumprimento de suas missões previstas na Constituição Federal e na Lei Complementar nº 97, de 9 de Junho de 1999. Para isso, deverá:</p> <p>I - regular a implementação da Política de Governança no âmbito do EB;</p> <p>II - estruturar e orientar o funcionamento do Sistema de Governança e Gestão do Exército (SG2Ex);</p> <p>III - definir as responsabilidades, as competências, o SG2Ex e as ferramentas que garantam o seu funcionamento; e</p>	Institui, de forma descentralizada, a Diretriz de Governança e Gestão do Exército Brasileiro.

	IV - definir as orientações sistêmicas para a implantação do SG2Ex.	
Portaria GM-MD nº 3.127, de 28 de julho de 2021 - Comitê de Governança do Ministério da Defesa – CG-MD.	Art. 1º Parágrafo único. A Escola Superior de Guerra (ESG), o Hospital das Forças Armadas (HFA) e o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia (CENSIPAM) deverão instituir, no prazo de até sessenta dias, comitês internos próprios de governança observadas as disposições desta Portaria, ou atribuir as competências correspondentes a colegiado previamente constituído.	Delega competência para o estabelecimento de Comitês de Governança no âmbito dos órgãos subordinados ao MD, exceto os Comandos Militares.
Portaria nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008 – Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército;	Art. 1º Estas Instruções Reguladoras (IR) têm por finalidades: I - estabelecer as condições para o gerenciamento do Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), destinado a complementar a assistência médico-hospitalar a ser prestada aos beneficiários desse Fundo nas Organizações Militares (OM), nas Organizações Militares de Saúde (OMS), nas Organizações Civis de Saúde (OCS) e pelos Profissionais de Saúde Autônomos (PSA); e II - regular a aplicação das Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32).	Aprova, de forma descentralizada, as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército.
Portaria nº 1.184 do Comando do Exército, de 05 de setembro de 2017 - Aprova as Instruções Gerais para o funcionamento da Assistência Médico-Hospitalar no Exterior aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes e dá outras providências.	Art. 1º Estas instruções gerais (IG) tem por finalidade dispor sobre a assistência médico-hospitalar no exterior aos militares, pensionistas e seus dependentes e estabelecer os procedimentos a serem adotados.	Aprova, de forma descentralizada, as Instruções Gerais para o Funcionamento da Assistência Médico-Hospitalar no Exterior aos Militares, Pensionistas e seus Dependentes.
Portaria nº 492 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020 - Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares – SAMMED	Art. 1º Estas Instruções Gerais (IG) têm por finalidade regulamentar o funcionamento do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (SAMMED), estabelecendo normas, condições de atendimento e indenizações, visando à prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos militares do Exército, na ativa e na inatividade, seus dependentes, bem como aos pensionistas militares, definidos no inciso XXXIII do art. 3º das presentes IG, e seus dependentes que foram instituídos em vida pelo militar gerador do direito.	Aprova, de forma descentralizada, as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares – SAMMED.
DGPM 401 – Normas para Assistência Médico-Hospitalar, de 31 de janeiro de 2012 -	1 - PROPÓSITO Estabelecer procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o	Aprova, de forma descentralizada, as Normas para Assistência Médico-Hospitalar no Comando da Marinha.

<p>procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da Marinha do Brasil.</p>	<p>tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da MB.</p>	
<p>Portaria COMGEP nº 111/ALE, de 30 de dezembro de 2020 – NSCA 160-5: Normas para a prestação da Assistência Médico Hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronáutica – SISAU.</p>	<p>A presente publicação tem por finalidade estabelecer normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência à saúde dos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).</p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, as normas para a prestação da assistência à saúde aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica.</p>
<p>Marinha: Editais nº 01/2017 (Assistência Médica, Hospitalar, Laboratorial, de Imagenologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e outros serviços de saúde complementares); nº 01/2019 (Odontologia); e nº 02/2019 (SIAD).</p>	<p><u>EDITAL Nº 01/2017</u></p> <p>A UNIÃO, por intermédio do HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, com sede na Av. W-5 E.Q. 711/911- SEPS s/nº, Asa Sul, Brasília, DF, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.502/0060-02, torna público para conhecimento dos interessados que realizará, no Distrito Federal e nos Municípios do Estado de Goiás, áreas sob jurisdição do Comando do 7º Distrito Naval e de abrangência, no que tange à prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH), do HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, credenciamento de Organizações Cívicas de Saúde (OCS), por inexigibilidade de licitação, com fundamento no Artigo 25, <i>caput</i>, da lei 8.666/93, para a prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial, de imagenologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e outros serviços diagnósticos e terapêuticos de interesse para o HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, de natureza contínua, a serem complementados aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), bem como àqueles dos Sistemas de Saúde do Exército e da Aeronáutica, mediante condições estabelecidas neste Ato Convocatório e seus Anexos, subordinando-se, em tudo o que for aplicável, à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações.</p> <p><u>EDITAL Nº 01/2019</u></p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, as condições para contratação de Organizações Cívicas de Saúde.</p>

	<p>1.1. A União, representada pelo HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, da MARINHA DO BRASIL, mediante a Comissão Especial de Credenciamento, designada na Portaria Nº 55, de 04 de Dezembro de 2018 do Diretor do HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS), para prestação de serviços de Assistência Odontológica, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.</p> <p><u>EDITAL Nº 02/2019</u></p> <p>1.1. A União, representada pelo HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA, da MARINHA DO BRASIL, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS), para prestação de Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), mediante as condições estabelecidas neste ato convocatório e seus anexos, subordinando-se em tudo o que for aplicável a Lei nº 8.666/1993 de 21 de junho de 1993, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.</p>	
<p>Exército: Editais de credenciamento nº 01/2020 (Assistência à Saúde aos beneficiários do FUSEX com necessidades especiais) e nº 02/2020 (Serviços Médico-Hospitalares, Atenção Domiciliar, Atendimento de Emergência/ Urgência, Odontológicos, Radiologia e Reabilitação).</p>	<p><u>EDITAL Nº 01/2020</u></p> <p>1.1 A União, representada pelo Hospital Militar de Área de Brasília, do Exército Brasileiro, mediante a Comissão Especial de Licitação, designada por ato publicado no Boletim Interno nº 136, de 19 de julho de 2019, publicada no Diário Oficial da União, em ___ de _____ de _____, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para atendimento de assistência á saúde aos beneficiários do FUSEX com necessidades especiais (PNE) nas áreas de psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, equoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais conforme as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.</p> <p><u>EDITAL Nº 02/2020</u></p> <p>1.1 A União, representada pelo Hospital Militar de Área de Brasília, do Exército Brasileiro, mediante a Comissão Especial de Licitação, designada por ato publicado no</p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, as condições para contratação de Organizações Civas de Saúde.</p>

	<p>Boletim Interno nº 136, de 19 de julho de 2019, publicada no Diário Oficial da União, em ____ de _____ de _____, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para prestação de serviços de assistência Médico-Hospitalar, Laboratorial, Atenção Domiciliar, Atendimento de Emergência/Urgência e Odontológico na área de Radiologia, Reabilitação, conforme as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.</p>	
<p>Aeronáutica: Edital de credenciamento nº 001/ GAP-DF/2019 (Prestação de Serviços Médicos de Assistência Médico - Hospitalar Ambulatorial; Odontológica; Assistência Domiciliar; Laboratorial em Análises Clínicas e Anatomia Patológica; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia; Internação de Longa Permanência para Idosos).</p>	<p>Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que a União Federal – Ministério da Defesa – Comando da Aeronáutica, por meio do GRUPAMENTO DE APOIO DO DISTRITO FEDERAL- GAP-DF, sediado no SHIS, QI 05, Área Especial 12, Lago Sul, CEP 71615-600 – Brasília-DF, realizará o CREDENCIAMENTO de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para prestação de serviços médicos de Assistência Médico-Hospitalar-Ambulatorial; Odontológica (Prótese Dental e Clínicas Radiológicas); Assistência Domiciliar; Laboratorial em Análises Clínicas e Anatomia Patológica; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT); Internação de Longa Permanência para Idosos (ILPI), visando atender de forma suplementar (inexistente) e complementar (insuficiente) e contínua naquilo que não for possível realizar nas instalações do Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB) aos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), aos militares e dependentes que tiverem direito à assistência médico-hospitalar, nos termos da Lei nº 6.880, de 1980, e respectiva regulamentação, conforme as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos.</p>	<p>Estabelece, de forma descentralizada, as condições para contratação de Organizações Cíveis de Saúde.</p>
<p>Decreto nº 82.174/1978 - Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica – CPSSMEA.</p>	<p>Art. 3º - O Presidente da Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha Exército e Aeronáutica (CPSSMEA) submeterá ao Ministro do Estado-Maior da Forças Armadas, no prazo de 60 (sessenta) dias, o Regimento Interno da Comissão, regulando seu funcionamento.</p>	<p>Delega competência para que o presidente da Comissão estabeleça, de forma descentralizada, o Regimento Interno da CPSSMEA.</p>
<p>Portaria MB/MD nº 36, de 21 de fevereiro de 2022 – Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha.</p>	<p>Art. 11 A administração do FUSMA será exercida pelo Diretor de Saúde da Marinha, a quem cabe gerenciar os recursos mediante a execução dos atos e fatos relacionados com as atividades do Fundo. Art. 12 Os recursos financeiros decorrentes da arrecadação do FUSMA serão aplicados</p>	<p>Aprova o Regulamento para a gestão do Fundo de saúde da Marinha, de forma descentralizada.</p>

	exclusivamente nas OM vinculadas, direta ou indiretamente, no atendimento aos usuários do SSM e do Serviço de Assistência Social ao Pessoal da Marinha, para atender às despesas com custeio e investimento relacionadas com a execução das suas atividades e programas.	
Portaria nº 493 do Comando do Exército, de 19 de maio de 2020 - Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército – FUSEx	Art. 1º Estas Instruções Gerais (IG) têm por finalidade regulamentar o Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), definindo: I - os procedimentos para utilização dos seus serviços e dos recursos orçamentários e financeiros do Fundo; II - os benefícios e as obrigações a que estão sujeitos os seus beneficiários; III - as medidas administrativas necessárias ao seu gerenciamento; e IV - os seus beneficiários.	Aprova, de forma descentralizada, as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército – FUSEx
Lei nº 9.238 de 22 de dezembro de 1995: Ratifica a recriação do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas e dá outras providências.	Art. 3º O Fundo de Administração do HFA será administrado por uma Junta Administrativa, constituída pelo Vice-Diretor do HFA, chefes de departamentos e Chefe da Divisão de Finanças, sob a presidência do Diretor do HFA.	Delega competência para que a gestão do Fundo de Administração do Hospital das Forças Armadas seja exercida de forma descentralizada.
Carta de Serviços ao Usuário – Edição 2021 – Diretoria de Saúde da Marinha;	A Carta de Serviços ao Usuário encontra-se prevista no Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Ela tem por objetivo informar aos usuários dos serviços prestados pelo órgão ou pela entidade do Poder Executivo federal, as formas de acesso a esses serviços e os compromissos e padrões de qualidade do atendimento ao público. Em consonância com as determinações do Governo Federal e as diretrizes da Alta Administração Naval, a DSM apresenta a sua Carta de Serviços ao Usuário, acreditando que esse canal de comunicação é medida de extrema importância para dar transparência e visibilidade aos serviços que executa. A Carta divulga os serviços que a DSM oferece e as formas de acesso a esses serviços pelo público-alvo.	Elaborada de forma descentralizada pela Diretoria de Saúde da Marinha.
Carta de Serviços ao Usuário – Edição 2021 – Hospital Naval de Brasília.	Visando aprimorar o atendimento aos usuários dos serviços médicos, odontológicos e de apoio prestados pelo Hospital Naval de Brasília (HNBra), foi elaborada a presente Carta, na qual constam todos os serviços prestados, bem como as informações necessárias para a obtenção dos mesmos.	Elaborada de forma descentralizada pelo Hospital Naval de Brasília.
Manual do Usuário – Hospital de Força Aérea de Brasília – HFAB.	Este manual foi desenvolvido no intuito de orientá-lo durante sua permanência no Hospital de Força Aérea de Brasília – HFAB. Sua leitura é muito importante e deve ser feita com atenção, pois nele estão contidas várias informações sobre o funcionamento do Hospital. O HFAB encontra-se de portas abertas para esclarecer dúvidas e ouvir o seu usuário, incluindo suas críticas e sugestões no	Elaborada de forma descentralizada pelo Hospital de Força Aérea de Brasília.

	processo de aprimoramento e continuidade da sua missão.	
Carta de Serviços ao Cidadão – 6ª Edição – Hospital das Forças Armadas.	<p>A Carta de Serviços ao Cidadão, estabelecida pelo Decreto Nº 9.094, de 17 de julho de 2017, da Casa Civil da Presidência da República, é um documento elaborado por uma organização pública que visa informar aos usuários quais os serviços prestados pela Instituição, como acessar e obter esses serviços e quais são os compromissos e padrões de atendimento assumidos.</p> <p>A sua prática implica para a organização um processo de transformação sustentado em princípios fundamentais - participação e comprometimento, informação e transparência, aprendizagem e participação do cidadão. Esses princípios têm como premissas o foco no cidadão e a indução do controle social.</p> <p>Neste propósito o HFA, ao divulgar sua Carta de Serviços ao Cidadão, assume o compromisso com os seus usuários na melhoria das ações a serem realizadas, objetivando a busca da excelência dos serviços oferecidos, a fim de legitimar a sua imagem perante a sociedade e estabelecer a confiança dos cidadãos por meio de uma gestão transparente e eficaz.</p>	Elaborada de forma descentralizada pela Hospital das Forças Armadas.

Fonte: Elaboração própria, 2022.