



**ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO
E MONITORAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA: ESTRUTURA,
FUNCIONAMENTO E DESAFIOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

HUMBERTO NASCIMENTO DOS SANTOS

BRASÍLIA – DF

2025

SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E DESAFIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas.

Aluno: Humberto Nascimento dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Flavio Cireno Fernandes

Coorientador: Prof. Dr. Lucas Moura Vieira

BRASÍLIA - DF

2025

S2373s Santos, Humberto Nascimento dos
Sistema de saúde da Marinha: estrutura, funcionamento e
desafios / Humberto Nascimento dos Santos. – Brasília:
Enap, 2026.
113 f.: il.

Dissertação (Mestrado – Programa de Mestrado
Profissional em Avaliação e Monitoramento de Políticas
Públicas) – Escola Nacional de Administração Pública, 2026.

Orientação: Prof. Dr. Flávio Cireno Fernandes
Coorientação: Prof. Dr. Lucas Moura Vieira

1. Sistema de Saúde Militar. 2. Marinha. 3.
Capacidade Estatal. 4. Avaliação de Políticas Públicas. 5.
Política de Defesa. I. Título. II. Fernandes, Flávio Cireno
orient. III. Vieira, Lucas Moura coorient.

CDD355.345

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra – CRB1/1425



**ATA DA BANCA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO
DE MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Aluno (a): Humberto Nascimento dos Santos

Ano de Ingresso: 2020

Título da Dissertação: Sistema de Saúde da Marinha - Um Programa de Saúde para usuários do Sistema de Saúde Naval.

Orientador: Prof. Dr. Flavio Cireno Fernandes

Coorientador Prof. Dr. Lucas Moura Vieira

Avaliadores: Profa. Dra. Regina Luna Santos de Souza
Profa. Dra. Carolina da Cunha Rocha

Avaliação:

[☒] Aprovado

[☐] Aprovado com ressalvas.

[☐] Reprovado

Brasília, 19 de novembro de 2025

DocuSigned by:
Regina Luna Santos de Souza
419618EFDE0C4F3...

Avaliadora

Assinado por:
Carolina da Cunha Rocha
1019A34670F24D1...

Avaliadora

Assinado por:
Lucas Moura Vieira
237799C70A6A420...

Coorientador

DocuSigned by:
Flavio Cireno Fernandes
C2F8E5A8C1C040E...

Orientador

DEDICATÓRIA:

Dedico esse trabalho aos meus pais que com muito amor e exemplo, ensinaram-me a importância da educação. À minha linda esposa Andréia Santos e aos meus filhos Filipe e Deborah Santos que foram meus maiores incentivadores para a conclusão do curso e ao meu Deus, autor e consumidor da minha fé, a Ele Deus único, eterno, imortal, invisível, mas real, a Ele seja dado todo o louvor!

AGRADECIMENTOS

Nesse momento que passo a refletir sobre a gratidão, lembro-me dos primeiros dias do curso que se deu em pleno início da pandemia de Covid-19, e não poderia deixar de lembrar o quão devastador foi para nós, perdemos pessoas amigas, alguns perderam até familiares.

Contudo, sobrevivemos, ainda que estejamos com algumas sequelas emocionais e físicas, mas estamos nós aqui. Portanto, não poderia deixar de agradecer a Deus, o Autor da vida, que nos guardou em meio a tantas incertezas, pois *“sem ele nada do que foi feito se fez”* (Jo 1:3).

Agradeço à minha amada esposa, Andreia Santos, que durante toda a jornada deste mestrado foi meu suporte, minha força, minha grande incentivadora e aos meus filhos Filipe e Deborah Santos que me deram ânimo para conclusão desta etapa da vida.

Minha gratidão ao Prof. Dr. Flavio Cireno que, com paciência e profissionalismo, conduziu-me na elaboração deste trabalho de conclusão de curso. Sua orientação foi uma importante contribuição para o meu crescimento acadêmico e desenvolvimento do trabalho final.

Ao meu coorientador, Prof. Lucas Moura Vieira, deixo meu sincero agradecimento por todo o apoio nessa reta final. Sua disponibilidade, paciência e olhar atento fizeram grande diferença na conclusão desta pesquisa. Minha profunda gratidão pelo encorajamento e pela generosidade de compartilhar seus conhecimentos e precioso tempo. Que o Eterno te recompense muitíssimo pela disponibilidade e gentileza.

Meus agradecimentos à coordenação do Curso e todos os colaboradores e professores da Escola de Administração Pública (ENAP), que, com paciência e profissionalismo guiaram-me a este momento glorioso.

Quero registrar minha gratidão aos colegas da 1ª turma do Mestrado em Avaliação e Desenvolvimento de Políticas Públicas, pela convivência cordial e companheira que desenvolvemos, todos vocês foram nobres guerreiros acadêmicos que com certeza colaboraram com o meu crescimento intelectual neste mestrado.

Aos membros da banca examinadora, por graciosamente terem aceitado o convite e cedido de valioso tempo para examinar este Trabalho. Saibam que suas contribuições foram inestimáveis.

O meu muito obrigado a todos vocês, que as ricas bênçãos de Deus sejam derramadas em suas vidas hoje e sempre.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou
o que deveria ser, não sou o que irei ser, mas
Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Pr. Dr. Martin Luther King Jr.)

RESUMO

Este trabalho analisa o Sistema de Saúde da Marinha do Brasil (SSM) como um programa estratégico de saúde vinculado à Política de Defesa Nacional. Com base na literatura relacionada à capacidade estatal e avaliação de políticas públicas, a pesquisa adota uma abordagem de método misto (qualitativo e quantitativo), utilizando tanto um recorte histórico de 1808 quanto uma pesquisa empírica baseada na análise de dados do Anuário Estatístico da Marinha, de 2018-2022. A metodologia de Avaliação Executiva ex post é utilizada para explorar: a eficácia da assistência, a capacidade de absorção do sistema e os mecanismos de governança durante crises. Os resultados mostram a rigidez da capacidade já instalada em tempos da pandemia de Covid-19, com maior dependência da rede afiliada e limitações na transparência dos indicadores de eficácia e custo-benefício. Constatase que, embora o SSM seja necessário para a prontidão operacional da Força Naval, sua viabilidade fiscal e institucional exige o aprimoramento dos instrumentos de governança e a aplicação de métricas de desempenho orientadas para resultados.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Militar; Marinha do Brasil; Avaliação de Políticas Públicas; Capacidade Estatal; Política de Defesa.

ABSTRACT

This paper analyzes the Brazilian Navy Health System (SSM) as a strategic health program linked to the National Defense Policy. Based on the literature related to state capacity and evaluation of public policies, the research adopts a mixed method approach (qualitative and quantitative), using both a historical cut from 1808 and an empirical research based on the analysis of data from the Statistical Yearbook of the Navy, from 2018-2022. The ex post Executive Evaluation methodology is used to explore: the effectiveness of assistance, the absorption capacity of the system and governance mechanisms during crises. The results show the rigidity of the capacity already installed in times of the Covid-19 pandemic, with greater dependence on the affiliated network and limitations in the transparency of effectiveness and cost-benefit indicators. It is noted that, although the SSM is necessary for the operational readiness of the Naval Force, its fiscal and institutional viability requires the improvement of governance instruments and the application of results-oriented performance metrics.

Keywords: Military Health System; Brazilian Navy; Public Policy Evaluation; State Capacity; Defense Policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANEMAR – Anuário Estatístico da Marinha

AMH – Atendimento Médico Hospitalar

CAU – Centro de Atendimento ao Usuário

CPesFN – Comando do Pessoal dos Fuzileiros Navais

Com7ºDN – Comando do Sétimo Distrito Naval

CMS – Cuerpo Militar de Sanidad

DGPM – Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha

DPM – Diretoria do Pessoal da Marinha

DSau – Diretoria de Saúde

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

EM – Estatuto dos Militares

Extra-MB – Extra Marinha do Brasil

FUNSA – Fundo de Saúde da Aeronáutica

FUSEX – Fundo de Saúde do Exército

FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha

GAAPE - Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais

GAU – Guia de Atendimento ao Usuário

HCM – Hospital Central da Marinha

HNBra – Hospital Naval de Brasília

JRS – Junta Regular de Saúde

JSD – Junta Superior de Saúde

MPI – Médico Perito Isolado

MD – Ministério da Defesa

NAC – Núcleo de Acompanhamento

OMH – Organização Militar Hospitalar

OMFM – Organização Militar com Facilidades Médicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSE – Organização de Saúde Extra-Marinha

SAEG - Setor de agendamento e emissão de guias

SAME – Serviço de Agendamento Médico e Estatísticas

SIAD – Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar

SecexDefesa - Secretaria de Controle Externo da Defesa Nacional e da Segurança Pública

SEP – Serviço de Estabilização de Paciente

SMI – Serviço de Medicina Integral

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

ZEE – Zona Economicamente Exclusiva

AE – Almirante de Esquadra

VA – Vice-Almirante

CA – Contra Almirante

CMG – Capitão de Mar e Guerra

CF – Capitão de Fragata

CC – Capitão de Corveta

CT – Capitão-Tenente

1T – Primeiro-Tenente

2T – Segundo-Tenente

SO – Suboficial

1SG – Primeiro-Sargento

2SG – Segundo-Sargento

3SG – Terceiro-Sargento

CB – Cabo

MN – Marinheiro

SD - Soldado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Consultas médicas por clientela atendida em 2022. Fonte: Anemar.....	47.
Tabela 2: Distribuição de militares da ativa do corpo feminino, de acordo com o posto e graduação.....	49.
Tabela 3: Dados brutos de Força de Trabalho do SSM.....	63.
Tabela 4: Tabela comparativa – Taxa de crescimento anual.....	65.
Tabela 5: Tabela comparativa – Consultas e Internações FT x Inst. Conveniadas.....	67.
Tabela 6: Dados Operacionais do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) 2018-2022)	69.
Tabela 7: Indicadores de Produtividade Assistencial do SSM (2018–2022)	70.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Rede de Assistência hospitalar da Marinha.....	43.
Quadro 2: Quadro comparativo de Organização e Gestão.....	58.
Quadro 3: Quadro comparativo - Cobertura e Beneficiários.....	59.
Quadro 4: Quadro comparativo - Infraestrutura e Recursos.....	60.
Quadro 5: Modelo Lógico	75.

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Organograma do Sistema de Saúde da Marinha.....45.

SUMÁRIO

Introdução.....	17.
Parte I – A assistência médico-hospitalar militar ao longo dos anos.....	22.
1. Um breve histórico da assistência médico-hospitalar militar.....	22.
1.1 A assistência médica militar na antiguidade.....	22.
1.2 A assistência médica militar na idade média e moderna.....	23.
1.3 A assistência médica militar na atualidade.....	26.
2. A assistência médica militar e o direito internacional humanitário.....	29.
2.1 Contexto Histórico.....	29.
Parte II – Do Sistema de Saúde Militar da Forças Armadas.....	33.
3. O sistema de saúde das Forças Armadas brasileira.....	33.
3.1 Do custeio do sistema de saúde das Forças Armadas.....	36.
4. O Sistema de Saúde na Marinha do Brasil (SSM).....	41.
4.1. A criação do sistema de saúde da Marinha.....	41.
4.2. Conhecendo o sistema de saúde da Marinha (SSM).....	42.
4.2.2. Fundo de saúde da Marinha.....	47.
5. Política nacional de defesa e as políticas públicas.....	50.
5.1 Entendendo as políticas públicas – um panorama conceitual.....	50.
5.2 Política nacional de defesa e sua atuação como política pública no âmbito das Forças Armadas.....	52.
6. O sistema de saúde militar no modelo comparado.....	54.
6.1 O sistema de saúde militar nos estados unidos da américa.....	54.
6.2 O sistema de saúde militar em Portugal.....	55.
6.3 O sistema de saúde militar na Espanha.....	55.
6.4 Análise dos modelos apresentados.....	55.
6.4.1 Organização e gestão.....	55.
6.4.2 Cobertura e beneficiários.....	56.
6.4.3 Infraestrutura e recursos.....	57.
7. Uma aplicação exploratória de ferramentas de Monitoramento e Avaliação (M&A).....	60.
7.1 Análise estatística do Sistema de Saúde da Marinha – um experimento acadêmico.....	60.
7.1.1 Coleta de dados.....	61.
7.1.2 Análise descritiva.....	61.
8. Considerações finais e implicações estratégicas.....	94.
8.1. Diagnóstico conclusivo e lições aprendidas.....	94.
8.2. Contribuição para a literatura de Políticas Públicas e Saúde Militar.....	94.
8.4. Da relevância para o Programa de Pós-Graduação (ENAP).....	95.
8.5 Limitações da pesquisa.....	97.
8.6 Mudança de abordagem durante a pesquisa.....	98.
APÊNDICE A – Proposta de Instrumental Analítico para Avaliação Executiva do SSM.....	105.
APÊNDICE B – POLICY BRIEF MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SSM.....	110.

INTRODUÇÃO

O trecho da música "Rubra Cruz" da Escola de Saúde da Marinha — "Saúde em primeiro lugar, a escola nos ensina a valorizar a vida, seja em terra, no ar ou no mar" — condensa metaforicamente a situação dos especialistas em saúde nas forças armadas, particularmente o pessoal dos serviços de saúde da Marinha do Brasil. Em qualquer lugar onde haja um combatente, ou onde haja necessidade de defender a Pátria, também devem existir instituições e profissionais de saúde que possam responder a esse combatente e ter estruturas para proteger vidas e manter a capacidade operacional. Esta é uma dimensão que permanece amplamente invisível na defesa, mas vital para sustentar a prontidão e a eficácia dessas forças. O foco nos programas de saúde militar, em referência às políticas públicas de defesa, visa fornecer assistência médico-hospitalar ao braço beligerante do Estado, especialmente sob condições caracterizadas por demanda variável, perigos operacionais e limitações orçamentárias.

Essas características apresentam desafios únicos para a gestão organizacional e o financiamento dos serviços de saúde militar, diferenciando-os dos sistemas de saúde universais ou programas de atendimento voltados para públicos civis específicos. Desse modo, a motivação foi formular perguntas que levariam à seguinte questão de pesquisa: Quais fatores influenciam a eficiência do Sistema de Saúde da Marinha em absorver a demanda por atendimento, especialmente onde há restrições operacionais, como durante a pandemia de Covid-19? Esta questão orienta nossa análise do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) a partir de uma perspectiva de políticas públicas e gestão de saúde, no contexto da natureza institucional de prestação de serviços médicos e hospitalares aos beneficiários da Marinha do Brasil, conforme prescrito nos termos do art. 50 da Lei nº 6.880/1980 — Estatuto dos Militares — que abrange militares da ativa, militares veteranos e seus dependentes. Ademais, o Sistema de Saúde da Marinha e a gestão do Fundo de Saúde da Marinha são geridos pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), que é a Diretoria Técnica Especializada por realizar gestão de subsistemas e execução técnica. O SSM é concebido como um sistema integrado, cujo principal objetivo é assistir o pessoal militar e seus dependentes no sistema médico-hospitalar em todo o território nacional por meio de três eixos de ação, que são interdependentes: assistência, medicina pericial e operacional (DSM, 2022). O FUSMA, por outro lado, é o sistema de apoio financeiro do sistema e é financiado por contribuições de pessoal

militar, dependentes e pensionistas, conforme mencionado no Decreto nº 92.512/1986, que estabelece normas e condições relativas à assistência médico-hospitalar no âmbito da Marinha do Brasil.

O interesse por este tema deriva do histórico profissional do pesquisador — que também vivencia o SSM tanto como usuário quanto como servidor — bem como das constatações de algumas lacunas na produção de publicações acadêmicas nacionais sobre saúde militar. Essa combinação foi motivada pela pesquisa atual, mas sem tentar esgotar o tema — com o intuito de contribuir para um debate acadêmico e institucional e, por sua vez, fornecer subsídios para trabalhos futuros. Além disso, o estudo é relevante, pois análises avaliativas de sistemas de saúde nacionais relacionados às Forças Armadas são uma questão raramente abordada na literatura de políticas públicas de saúde, e estudos sobre a Política de Defesa Nacional estão virtualmente ausentes da literatura. Por exemplo, obras clássicas sobre a história das políticas de saúde no Brasil reconhecem que a evolução das instituições de saúde dentro da esfera da Saúde Pública Civil estava relacionada a processos de formação e organização administrativa do Estado Nacional (Teixeira, Pimenta & Hochman, 2018). Embora estas não cubram especificamente a saúde militar, os sistemas de cuidados especializados têm suas próprias complexidades relacionadas em termos de eficiência e sustentabilidade financeira (BAHIA et al., 2022).

Ademais, a nível internacional, a literatura sobre saúde militar destacou a eficiência operacional como um componente central na avaliação dos sistemas de saúde nas Forças Armadas. As medidas de desempenho do Sistema de Saúde Militar Americano ilustram que a eficiência na alocação de recursos, racionalização de custos e capacidade de resposta institucional formam o indicador geral de avaliação para expressar tanto a capacidade operacional quanto a sustentabilidade da capacidade médica militar, particularmente em cenários de alta demanda e pressão organizacional (Coppola et al., 2012). No entanto, a literatura nacional é diversa e principalmente descritiva, embora existam alguns estudos empíricos que considerem a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde militar medidos por dados agregados de atendimento, particularmente durante crises em um número limitado de casos. Estudos específicos que investigaram como o Sistema de Saúde da Marinha organiza seus recursos, como converte insumos em prestação de cuidados e enfrenta a variabilidade da demanda quando esta ocorre repentinamente, como aconteceu

durante a pandemia de Covid -19, não foram vislumbrados durante a elaboração desta pesquisa.

Nesse sentido, pretendemos abordar essas lacunas identificadas realizando uma análise aplicada do Sistema de Saúde da Marinha para descrever as informações que podemos obter sobre a instituição, fornecendo as informações disponíveis através da estruturação de dados de um quadro baseado na categoria analítica em um campo como gestão de saúde e política pública. Analiticamente, um quadro integrado é empregado, fundamentado em conceitos como eficiência, sustentabilidade financeira e governança institucional, que são adotados como óculos interpretativos, ferramentas e perspectivas para visualizar a estrutura do Sistema de Saúde da Marinha, a alocação de recursos e os insumos para atender à demanda de prestação de cuidados em um continuum de ambientes operacionais. Esta não é uma análise teórica e abstrata, mas um processo aplicado com a intenção de dar sentido a partir de dados disponíveis de fontes públicas de informação que fornecem subsídios apoiados por relatórios institucionais sobre o funcionamento do Sistema de Saúde da Marinha. Também se reconhece que essas fontes são limitadas e podem indicar prioridades administrativas e limitações de registro, portanto, este trabalho adota uma posição analítica em relação a como a informação é processada e interpretada.

O trabalho tem como principal objetivo estudar, por meio de dados públicos e documentos institucionais, fatores que afetam a eficiência e sustentabilidade do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) na gestão da demanda por atendimento em condições de crise, identificar causas estruturais dos problemas e considerar lições práticas aprendidas a partir de modelos internacionais de saúde militar. Os objetivos são: (i) contextualizar a história do desenvolvimento da assistência médico-militar no Brasil, alinhando o Sistema de Saúde da Marinha com o quadro normativo e institucional em que opera; (ii) visualizar as características organizacionais, normas e funções dos subsistemas no Sistema de Saúde da Marinha e no Fundo de Saúde da Marinha, identificando desafios na governança, finanças e coordenação; (iii) avaliar indicadores agregados de produtividade e absorção de demanda por atendimento no horizonte de 2018-2022, estimando o papel que a variabilidade no atendimento e nos recursos humanos pode desempenhar na compreensão dos determinantes de eficiência do sistema, particularmente no momento atual em condições de Covid -19; e (iv) explorar, utilizando critérios de seleção explícitos, experiências comparativas de países em saúde militar, identificando diferentes configurações organizacionais, suas

limitações de transferibilidade e as lições que podem ser extraídas para o contexto brasileiro.

O presente trabalho também enfatiza que o objetivo não era fornecer todas as respostas ao tema, mas conduzir uma exploração crítica do tema, lançando luz sobre as tensões e restrições nos sistemas de saúde militar. O fato de existir uma variedade de modelos existentes, no Brasil e no exterior, significa que não há um padrão único – e cada um é moldado por abordagens institucionais, imperativos estratégicos e condições político-financeiras distintas. Portanto, consideramos que os resultados poderão fornecer um espaço para pesquisadores, gestores e profissionais lidando com consultas e reflexões acadêmicas sobre políticas de saúde militar, para fornecer eventuais melhorias subsidiadas ao Sistema de Saúde da Marinha contribuindo para a política pública de defesa.

No tocante à estrutura e a forma, a pesquisa está organizada no que chamamos de Parte I (capítulos 1 e 2) que se propõe a abordar a parte histórica da Assistência Médica aos feridos em combate e a Parte II (capítulos 3 a 8) que pretende apresentar o Sistema de Saúde Militar no Brasil, como conhecemos, além de apresentar outros modelos internacionais. As partes I e II, se subdividem em sete capítulos, além deste tópico exordial e as considerações. No primeiro, pretende-se realizar um recorte de contorno histórico, de maneira a visitar os tempos da antiguidade, o momento em que se começaram a se falar em atividade militar, e em certa medida, com preocupação com a saúde e se reconheceu sua importância. Ali, buscou-se apontar seu surgimento, sua importância, sua necessidade e indispensabilidade. Cabe dizer, que o trabalho discorreu focando mais na formação e desenvolvimento da ajuda médico-militar no Brasil a partir do período Joanino do que na pretensão historiográfica, mas na tentativa de posicionar o Sistema de Saúde da Marinha no processo de organização institucional do Estado brasileiro.

O segundo capítulo trata da relação da assistência médico-hospitalar militar com o Direito Internacional Humanitário, investigando suas normas e tratados particulares. O terceiro seção trata sobre a ajuda médico-hospitalar ao pessoal militar da União, juntamente com suas fontes de financiamento, e o quarto é sobre a ajuda prestada aos beneficiários da Marinha do Brasil, como parte da Política de Defesa Nacional.

O quinto capítulo apresenta a Política Nacional de Defesa (PND) como política pública, destacando conceitos de política pública e a articulação entre a defesa

nacional e programas, como a assistência médico-hospitalar, voltados ao bem-estar dos militares e à manutenção da soberania brasileira. Assim como ocorre com os programas de saúde pública para grupos específicos, compreendemos que o sistema de saúde para as Forças Armadas, é a continuidade da Política Nacional de Defesa, com peculiaridade por ser distinta do Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo seis discute os resultados obtidos por meio de anuários de recorte dos últimos anos, articulando-os com os referenciais teóricos em face da realidade institucional do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil, como também analisa os achados empíricos dos dados escolhidos, explicando como são articulados através do quadro analítico aplicado.

Por fim, o capítulo sete reúne as conclusões e recomendações de uma Avaliação Executiva, apontando os caminhos para aprimorar a assistência médico-hospitalar, fortalecer a gestão do sistema de saúde, além de indicar caminhos para futuras pesquisas e possíveis aplicações práticas dos achados. Também, aproveitando os insights encontrados, sugere um eventual caminho a seguir para o aprimoramento do Sistema de Saúde da Marinha.

PARTE I – A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR MILITAR AO LONGO DOS ANOS

Na parte I deste trabalho, pretende-se abordar um pouco do desenvolvimento histórico da Assistência Médico-Hospitalar no contexto militar. Parte-se de registros culturais de povos da antiguidade que demonstram a preocupação com o estado de saúde dos envolvidos num conflito. Estes registros literários que denotam o pensamento dos povos antigos, sobretudo os povos que habitavam a mesopotâmia, nos serve de lastro para compreender, de certa forma, o âmago das leis e normas que hoje fundamentam o Direito Internacional Humanitário.

1. UM BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR MILITAR

1.1 A ASSISTÊNCIA MÉDICA MILITAR NA ANTIGUIDADE

A necessidade de se ter um corpo de saúde presente e pertencente às Forças Armadas para prestação da assistência médico-hospitalar remonta às guerras entre os povos na antiguidade, onde se fez mister a existência de um regimento próprio para cuidar e reabilitar militares para o aprestamento dos meios operativos de combate primevos, isto ocorria em uma época em que as forças bélicas já buscavam prover cuidados de saúde humanitários aos combatentes. Um relato muito antigo, que nos serve de ilustração, encontra-se registrado na literatura Hebraica, onde há uma descrição de um conflito entre Israel (reino do norte) e a Síria, que em dado momento, os soldados adversários do reino do norte, isto é, os assírios precisaram de cuidados médicos humanitários, devido ao acometimento de uma enfermidade (cegueira) em pleno conflito:

⁸ E o rei da Síria fazia guerra a Israel; e consultou com os seus servos, dizendo: Em tal e tal lugar estará o meu acampamento.

¹⁴ Então enviou para lá cavalos, e carros, e um grande exército, os quais chegaram de noite, e cercaram a cidade.

¹⁸ E, como desceram a ele, Eliseu orou ao Senhor e disse: Fere, peço-te, esta gente de cegueira. E feriu-a de cegueira, conforme a palavra de Eliseu.

¹⁹ Então Eliseu lhes disse: Não é este o caminho, nem é esta a cidade; segui-me, e guiar-vos-ei ao homem que buscais. E os guiou a Samaria.

^{*20} E sucedeu que, chegando eles a Samaria, disse Eliseu: Ó Senhor, abre a estes os olhos para que vejam. O Senhor lhes abriu os olhos, para que vissem, e eis que estavam no meio de Samaria.

²¹ E, quando o rei de Israel os viu, disse a Eliseu: Feri-los-ei, feri-los-ei, meu pai?

²² Mas ele disse: Não os ferirás; ferirás tu os que tomasses prisioneiros com a tua espada e com o teu arco? Põe-lhes diante pão e água, para que comam e bebam, e se vão para seu senhor.

²³ E apresentou-lhes um grande banquete, e comeram e beberam; e os despediu e foram para seu senhor; e não entraram mais tropas de sírios na terra de Israel. (2 Reis 6:8-23, Bíblia Sagrada)

Assim, cabe dizer que o episódio bíblico é mobilizado aqui não como fonte documental *stricto sensu*, mas como registro cultural que expressa concepções éticas pré-modernas de cuidado humanitário. Destarte, ainda que não se submeta ao rigor da historiografia contemporânea, o excerto ilustra práticas de proteção ao ser humano já presentes nas diversas culturas da Antiguidade.

Esses relatos literários revelam princípios éticos atinentes à proteção ao inimigo incapaz de permanecer em combate, refletindo concepções de misericórdia e contenção da violência que antecedem, em muitos séculos, a institucionalização moderna da assistência médico-militar. Trata-se, contudo, de exemplo pré-moderno de cuidado humanitário, útil para compreender que manifestações dessa natureza existiam antes do surgimento dos marcos jurídicos contemporâneos. Seu valor está em demonstrar que a preocupação com o estado de saúde de combatentes, inclusive adversários, possui raízes antigas, ainda que desvinculados dos normativos estruturais que viriam a compor o arcabouço jurídico e institucional hodierno.

1.2 A ASSISTÊNCIA MÉDICA MILITAR NA IDADE MÉDIA E MODERNA

Os cuidados médicos nos períodos medieval e moderno correspondiam ao arcabouço científico e às concepções sanitárias então vigentes, não podendo ser avaliados à luz dos padrões contemporâneos. Destarte, verifica-se que ao longo da história a assistência médico-hospitalar se deu tanto em tempo de paz como em tempo de guerra.

De acordo com Kauffman (2006) apud Carvalho (2020), em terras brasileiras não ocorreu de maneira diversa:

No Brasil, o serviço de saúde voltado para o suporte aos militares, esteve presente desde a época da colônia. Inicialmente o pessoal da área de saúde acompanhava os militares ficando embarcados nos navios ou acompanhando as incursões litorâneas. Com o passar do tempo foi constituído enfermarias nos alojamentos das tropas. No século XVIII, o Marques de Pombal, aproveitou as instalações dos colégios jesuítas, para montar hospitais voltados ao atendimento de militares. O primeiro hospital militar foi construído em 1727, no morro de São Bento, no Rio de Janeiro (Kauffman, 2006).

Conforme relatado acima, a evolução da assistência médico-militar no Brasil ocorria enquanto mediante as necessidades que surgiam. Essa trajetória demonstra avanços na institucionalização da assistência à saúde dos militares. Ademais, o Corpo de saúde militar ganhou espaço com a chegada da Família Real e da Corte Portuguesa, pois não somente vieram para o Brasil, mas trouxeram a formação militar naval e terrestre, e assim deu início às Forças Singulares brasileiras e seu corpo de saúde, que posteriormente originaram as atuais Diretorias de Saúde da Marinha e do Exército, de acordo com os anais do Exército Brasileiro descrito abaixo:

A história da Diretoria de Saúde (DSau) teve início com a chegada da Família Real e da Corte Portuguesa no Brasil. Príncipe Regente Dom João, por meio do Decreto Regencial de 9 de fevereiro de 1808, criou a Repartição do Cirurgião-Mór dos Reais Exércitos e Armada de Portugal e Reinos Ultramarinos, embrião das Diretorias de Saúde do Exército e da Marinha. À época, o Frei Custódio de Campos e Oliveira, leigo professo da Ordem de Cristo, foi nomeado para exercer o cargo de Cirurgião-Mor, sendo considerado, então, o 1º Diretor de Saúde. (BRASIL. Exército Brasileiro)

Diante desse relato, constata-se que a chegada da família Real e do Corpo de saúde militar para o Brasil, ajudaram a estruturar o desenvolvimento da educação e ensino das ciências médicas no período monárquico brasileiro, haja vista a escassez de recursos em saúde no território nacional:

Diante da precariedade encontrada nos hospitais militares na época, com base na sugestão do Dr. José Correa Picanço, Cirurgião-Mór do Reino, o Príncipe Regente por sua Decisão nº 2, de 18 de fevereiro de 1808, criou a Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar (atual Hospital Geral de Salvador), na cidade de Salvador (BA). Esta foi, mais tarde, a origem da Faculdade de Medicina da Bahia, primeira Escola de Medicina do Brasil. Dom João, por sugestão de Frei Custódio, mandou criar, pelo Decreto de 2 de abril de 1808, nas instalações do Hospital Real Militar da Corte (atual Hospital Central do Exército), a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, futura Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que as duas escolas médicas, de Salvador e do Rio de Janeiro, foram as sementes do ensino médico no Brasil. (Brasil. Exército Brasileiro)

Com a mudança da Capital do Império para o Rio de Janeiro, e a necessidade de especialização e profissionalização do Corpo de Saúde que estava instalada em terras brasileiras, era imperiosa a estruturação administrativa para gerenciar toda a agenda em saúde que se estruturava:

Após sua chegada ao Rio de Janeiro, usando das atribuições que lhe foram conferidas e ancorado em decisões do Príncipe Regente, Frei Custódio adotou medidas imediatas para estruturar o Corpo de Saúde, com destaque para algumas delas:

1. determinou, no que lhe fosse aplicável, o cumprimento no Brasil do Regulamento para Hospitais Militares (baixado em Lisboa, em 1805) e estabeleceu critérios rígidos de seleção para o ingresso de médicos nos Exércitos e na Armada Real;
 2. nomeou cirurgiões-mores e cirurgiões ajudantes para os diversos hospitais e enfermarias em todo o território brasileiro; e
 3. propôs a criação, junto ao Hospital Real Militar, da Botica Real Militar (hoje, Laboratório Químico-Farmacêutico do Exército), marco do ensino e da indústria farmacêutica no Brasil.
- (Brasil. Exército Brasileiro)

A partir destes relatos, podemos inferir que muitos foram os ganhos no desenvolvimento científico para a época, nas ciências médicas que se desenvolviam no Brasil Império, decorrentes das demandas em saúde que envolviam o ensino, preparo, como também os cuidados no tratamento dos feridos e acometidos de enfermidades. Tais cuidados envolviam a administração de infusões medicamentosa, conhecimentos em botânica e da ciência farmacêutica que se desenvolviam. (Brasil. Exército Brasileiro).

Outros corpos e quadros de profissionais da saúde passaram a ocupar o cenário, no sentido de que novas demandas foram surgindo e especialidades passaram a ter a atenção do Estado dentro do contexto da caserna:

Frei Custódio e seus sucessores tiveram que superar dificuldades e desafios próprios de cada época. Tal superação é marca constante do trabalho realizado pelos 39 Diretores de Saúde que, até hoje, o sucederam no cargo, cada um contribuindo para construir a história da DSau.

Cabe ressaltar, em justa homenagem, um jovem 2º Cirurgião Tenente que assentou praça no ano de 1862.

Este jovem foi o General Doutor JOÃO SEVERIANO DA FONSECA, irmão do Marechal Deodoro da Fonseca, que foi o Inspetor-Geral da Repartição Sanitária do Exército. Com a reestruturação do Exército após a Proclamação da República, ocorrida em 1889, o cargo passou a ser privativo de Oficial General. O Doutor SEVERIANO DA FONSECA foi o sétimo Diretor a orientar os destinos dos, então, Repartição Sanitária e Serviço Sanitário do Exército.

Sob sua Chefia, o Hospital Real Militar passou a se chamar Hospital Central do Exército (1ª Classe) e, em diversas guarnições pelo País, foram criados 13 hospitais de 2ª Classe e 24 hospitais de 3ª Classe, além do Laboratório Militar de Microscopia Clínica e Bacteriologia (atual Instituto de Biologia do Exército), primeira instituição dedicada à pesquisa e ao ensino da bacteriologia no Brasil. Além disso, foram criados, à época, o Quadro de Veterinários e de Dentistas do Exército. (Brasil. Exército Brasileiro)

O recorte histórico acima, apresenta marcos institucionais que guardam relação com a formação de estruturas que viriam a ser permanentes de assistência médico-militar no Brasil, sem pretensão de exaustividade.

Destarte, compreende-se que a assistência de saúde militar sofreu evolução ao longo dos séculos, desde os tempos medievais com suas características até alcançar o patamar de estruturas consolidadas no Brasil com a chegada da Família Real. Esses acontecimentos, ocasionaram a criação de um corpo de saúde, que não só buscava atender às necessidades militares, mas também serviu para estimular o desenvolvimento das ciências médicas no país.

1.3 A ASSISTÊNCIA MÉDICA MILITAR NA ATUALIDADE

Na atualidade, a temática encontra-se chancelada nas Convenções de Genebra, de 12 de agosto de 1949, destinadas a proteger as vítimas de guerra, quer seja civil ou militar, nas quais o Brasil é signatário, e foram promulgadas pelo Estado brasileiro, em 21 de agosto de 1957, pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek, por meio do Decreto nº 42.121/1957.

A assistência à saúde para a parcela da população que dedica sua vida na defesa da pátria é de fundamental importância para a prontidão da tropa e defesa da nacional. Hodiernamente, com intuito de regulamentar a necessidade de amparo, sob o aspecto em saúde dos integrantes das Forças Armadas brasileira, a lei nº 6.880/1980, Estatuto dos Militares, no art. 50, inciso IV e alínea e, prevê a assistência à saúde devida aos militares das Forças Singulares e eleva a assistência médico-hospitalar à condição de direito ou prerrogativa dos militares da União, conforme se vê:

Art. 50. São direitos dos militares:

[...]

IV – Nas condições ou nas limitações impostas por legislação e regulamentação específicas, os seguintes:

[...]

e) A assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários. [...] (Brasil, 1980, art. 50).

As Forças Singulares possuem uma estrutura administrativa para coordenar o aparato assistencial no propósito de oferecer regramentos e diretrizes com escopo a entregar eficiência nos cuidados médicos necessários para os militares da ativa e da

reserva (e seus dependentes), para oferecer assistência médico-hospitalar tanto em tempo de paz e como em situação de conflito armado.

Por meio da Lei nº 13.954/2019, que reestruturou a carreira militar e dispões sobre o Sistema de Proteção Social dos Militares, a saúde castrense ganhou mais um espaço de atenção e proteção. A partir de então, o sistema de saúde militar passou a integrar o Sistema de Proteção Social dos Militares da União. Conforme a proposta de projeto de Lei que fora encaminhada à Presidência da República pelo então Ministro de Estado de Defesa, Fernando Azevedo e Silva, de acordo com o Edital de Movimentação Interna – EMI nº 61/2019 – MD/ME, de 20 de março de 2019, que definia o Sistema de Proteção Social dos Militares como:

um conjunto de ações, direitos e serviços que visam amparar a dignidade dos militares e de seus dependentes; caracterizando-o como um instituto distinto do Regime de Previdência Social, por levar em consideração as peculiaridades da profissão militar. (Brasil,2019)

A Proposta de Lei nº 1.645/2019, constituía com uma inovação legislativa, pois conceituava o Sistema de Proteção Social como uma ação conjunta de direitos cujo objetivo era consubstanciar as prerrogativas, as garantias, com o fim último de amparar e assegurar a dignidade dos militares e de seus dependentes.

A atualização do Estatuto dos Militares, por meio deste Projeto de Lei, ao apresentar o Sistema de Proteção Social dos Militares das Forças Armadas insere à saúde militar sob o status de Sistema de Proteção Social dos Militares, dando consistência legal e normativa para a consecução de suas atribuições.

Após os debates da proposição na Câmara de Deputados Federal e no Senado Federal, o texto final do Projeto de Lei nº 1.645/2019, ficou consignado da seguinte forma e assim foi sancionado pelo Presidente da República:

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. (Brasil,2019)

As modificações impostas ao PL nº 1.645/2019, convertendo-se na Lei 13.954/2019, incluiu a conceituação acima acrescentando-a na Lei 6.880/80, no Art. 50, inserindo-as como Art. 50-A. A importância das alterações, colocaram a saúde

dentro de um espectro de importância subjetiva, prerrogativas, mas para atender a um comando de Proteção.

2. A ASSISTÊNCIA MÉDICA MILITAR E O DIREITO INTERNACIONAL HUMANITÁRIO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Após as terríveis experiências do período que se seguiram às duas grandes Guerras Mundiais, pelo uso do *jus in bellum* como meio de solução de conflitos internacionais, diverso do diálogo ou sanções políticas, chegou-se à proscrição da Guerra, pelo menos formalmente (Resek, 2024). Nos termos do Tratado de Paris de 27 de agosto de 1928, buscou-se a proscrição da Guerra como instrumento de política nacional, mas sem impor sanções aos que o infringissem, o que o tornou meramente ação declaratória e aspiracional, que nas palavras do Prof. Hugo Rogelio Suppo (2015) ficou conhecido como Pacto Multilateral Contra a Guerra, e chamado também de Pacto Briand-Kellog, em homenagem aos seus idealizadores: o ministro francês das Relações exteriores Aristide Briand e o Secretário de Estado dos Estados Unidos da América Frank Billings Kellogg (Suppo, 2015).

O Tratado foi pactuado inicialmente por 15 países a saber: Alemanha, Estados Unidos da América, Bélgica, França, Grã-Bretanha, Canadá, Austrália, Nova-Zelândia, África do Sul, Irlanda, Índia, Itália, Japão, Polônia e Tchecoslováquia, onde estes Estado Nacionais soberanos, anuíram pela renúncia à Guerra, como disposto abaixo:

Artigo I

As Altas Partes contratantes declaram solenemente, em nome dos respectivos povos, que condenam o recurso à guerra para a solução das controvérsias internacionais, e a ela renunciam como instrumento de política nacional nas suas mútuas relações. (Brasil, 1934)

Inicialmente, todos os países de então, firmaram compromisso em tornarem-se signatários deste Acordo. Todavia, não todos aderiram de imediato. O Brasil estava entre os que não aderiram prontamente, conforme leciona Suppo (2015):

Dos 57 Estados existentes na época praticamente todos aderiram, exceto dois da península arábica, Arábia Saudita e a República Árabe do Iêmem, e três sul-americanos: Argentina, Bolívia e Brasil. (Suppo, 2015)

No entanto, não haveria óbice para a entrada *a posteriori*, pois o Tratado celebrado previa a inclusão e participação de todos os demais países, com o escopo final, e dentro do ideário humano, de se buscar a paz mundial, conforme estabelecido no artigo III do próprio diploma internacional:

(...)

O presente Tratado, quando em vigor, conforme prevê o parágrafo precedente, ficará aberto, pelo tempo necessário à adesão de todas as outras Potências do mundo. Cada instrumento atestando a adesão de uma Potência será depositado em Washington, e o tratado, imediatamente depois desse depósito, entrará em vigor entre a Potência que assim der a sua adesão e as outras Potências contratantes. (Brasil, 1934)

Posteriormente, o Brasil tornou-se signatário do acordo internacional. O Estado brasileiro veio a integrar o referido Tratado, promulgando o Decreto nº 24.557, de 3 de julho de 1934, como se pronunciou o então Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, o Presidente Getúlio Vargas:

O Chefe do Govêrno Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil: Tendo feito declarar, por nota da Embaixada do Brasil em Washington, datada de 20 de fevereiro último, ao Govêrno dos Estados Unidos da América, que o Govêrno brasileiro aderira ao Tratado de Renúncia à Guerra, concluído e assinado em Paris a 27 de agôsto de 1928; e, tendo sido confirmada essa adesão, em 10 de maio próximo passado, pelo respectivo depósito do instrumento de ratificação, conforme comunicou por nota de 24 do mesmo mês o Departamento de Estado dos Estados Unidos da América à Embaixada do Brasil em Washington; Decreta que o referido Tratado, apenso por cópia ao presente decreto, seja executado e cumprido tão inteiramente como nele se contém. (Brasil, 1934)

Como nas palavras de Rousseau, os espécimes de violências empregados pelo ser humano a outro, poderiam ser incalculáveis: “[...] *por quais tipos de hostilidades eles podem se atacar e se destruir um ao outro*” (apud Becker, 2015), nesta perspectiva sombria a humanidade continuaria provando o dissabor das grandes guerras e de seus métodos torpes, que atentavam contra a humanidade. Em pleno calor da 2ª Grande Guerra Mundial, que só terminaria em agosto de 1945, a então Liga das Nações, em 26 de junho de 1945, na cidade de São Francisco, nos Estados Unidos, na Conferência das Nações Unidas enfatizaria no artigo 2.4 da Carta das Nações Unidas, que os Estados Membros devem se comprometer a não utilizar o uso da força para solução das controvérsias internacionais, conforme se vê, *in verbis*:

Todos os Membros deverão evitar em suas relações internacionais a ameaça ou o uso da força contra a integridade territorial ou a dependência política de qualquer Estado, ou qualquer outra ação incompatível com os Propósitos das Nações Unidas.

Os esforços para se estabelecer um *modus operandi* que coibisse o uso da força ou viesse a estabelecer limites quanto ao emprego bélico, de uma maneira de agir quando o diálogo pacífico não fosse mais possível, estavam frustrados com o caos político que se instalara em vários países em busca desenfreada por poder, numa crescente autoritário (Suppo, 2015). Destarte, pretendeu-se diminuir o

sofrimento dos envolvidos com regras e limites que fossem compatíveis com o status de ser humano, com a dignidade da pessoa humana. Portanto, os debates e esforços continuaram sendo o ponto crucial ao longo daquela década.

Os plenipotenciários, isto é, os diplomatas dos Governos representados de vários países, reuniram-se em uma conferência gerenciada pela, agora, Organização das Nações Unidas, Organismo Internacional, que substituiu a Liga das Nações, ocorrida no período de 21 de abril de 1949 a 12 de agosto de 1949, na cidade de Genebra, na Suíça.

Estiveram reunidos para a criação das Convenções Internacionais, cujo propósito era estabelecer um corpo de leis de caráter internacional, e que fossem capazes de diminuir as atrocidades próprias de conflitos beligerantes, e dessa forma, viessem a dar um tratamento humanitário aos envolvidos em Guerra.

Desta maneira, os Estados soberanos se vincularam em compromisso de deliberarem sobre o amparo aos feridos. Como resultado, elaboraram as quatro Convenções de Genebra e dois protocolos adicionais:

- CONVENÇÃO DE GENEBRA I - Convenção de Genebra para melhoria dos feridos e enfermos dos Exércitos em campanha;
- CONVENÇÃO DE GENEBRA II – Convenção de Genebra para melhoria da sorte dos feridos, enfermos e náufragos das Forças Armadas no Mar;
- CONVENÇÃO DE GENEBRA III – Convenção de Genebra relativa ao tratamento dos prisioneiros de Guerra;
- CONVENÇÃO DE GENEBRA IV – Convenção de Genebra relativa à proteção dos civis em tempo de Guerra;
- PROTOCOLO I - Protocolo adicional às Convenções de Genebra, no que tange à salvaguarda das vítimas em situação de perigo, proveniente de beligerância fática nos Estados nacionais sem caráter internacional; e
- PROTOCOLO II - Protocolo adicional às Convenções de Genebra, referente à proteção das vítimas em perigo, oriundas de conflitos armados não internacionais.

Este conjunto de normas de Direito Internacional Humanitário objetiva a proteção das Vítimas de Guerra (militares e civis) estabelecendo medidas capazes de oferecer aos envolvidos, uma proteção humanitária. É certo que foi oriunda de um protagonismo diplomático, que se organizou por meio de conferências. Houve esforços para estabelecer condições sanitárias mínimas para todos os envolvidos em uma guerra ou conflito armado, quer seja a vítima ferida militar ou civil.

PARTE II – DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR DAS FORÇAS ARMADAS

No tocante à parte II (capítulos 3 a 8) desta pesquisa, pretende-se analisar o Sistema de Saúde Militar das Forças Armadas brasileiras com suas peculiaridades de assistência médico-hospitalar voltadas para um público restrito e de importância na defesa do território brasileiro. Além de fazer um estudo não exaustivo do modelo comparado a fim de buscar similitudes de enfrentamentos em situações de demanda aumentada.

3. O SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS BRASILEIRA

Com a redemocratização brasileira, as políticas públicas ganharam estrutura e alcance nacional ficando consignado na Carta Cidadã que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Este enunciado constitucional, era uma clara declaração de que se estava estabelecendo as bases de uma política de Estado ao invés de uma ação de governo.

Destarte, iniciava-se uma nova fase no Brasil de uma saúde pública universal, descentralizada e gratuita, que foi chamada de Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde. Em seu art. 1º revela que:

Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Este momento foi muito importante para a nação brasileira, pois o SUS incorporou princípios jamais vistos em todo o mundo.

Dessa forma, o povo brasileiro testemunhava um pacto por uma experiência de política pública em saúde, com supedâneos constitucionais e legais que, propiciou a longevidade desta política pública, cujo impacto e benefícios foram manifestos² durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, conforme constatação do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul:

Porém, em meio a tantas vicissitudes, a quase totalidade dos especialistas em saúde pública reconhece que, por sua robustez e capilaridade, o Sistema Único de Saúde (o nosso SUS), com todas as sabidas precariedades, é o grande responsável por evitar que a pandemia tenha adquirido, pelo menos até aqui, desastrosas proporções de tragédia nacional. (DAS NEVES, 2020)

O destaque Constitucional do binômio direito à saúde e dever do Estado deu legitimidade e fundamento normativo às políticas públicas atinentes a promover programas e ações voltadas à população geral por meio do SUS e a grupo específicos como o caso dos militares, por meio da assistência médico-hospitalar nas Forças Armadas.

Assim aduz o texto normativo constitucional em seu art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O Sistema de Saúde das Forças Armadas brasileira, em atendimento ao disposto no artigo 50 da lei nº 6.880/1980 (Estatuto dos Militares), e nos artigos 142 e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, tem sua regulamentação por meio do Decreto nº 92.512/1986, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, em seu art. 1º prescreve que:

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. (BRASIL, 1986).

Segundo CARVALHO (2020), a criação de fundos de saúde para as Forças Singulares, isto é, Marinha, Exército e Aeronáutica, atende ao objetivo de proteção à saúde dos membros das Forças Armadas:

(...) com o objetivo de garantir assistência de saúde a todos os militares, seus dependentes e pensionistas, foi idealizada a criação dos fundos de saúde das Forças Armadas do Brasil pelo Presidente da República Federativa do Brasil, tendo como base o Decreto Presidencial nº 79.440, de 29 de março de 1977. Neste documento foi autorizado que os Ministros de cada Força Armada, adotassem as medidas necessárias para criação e regulamentação do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (FuSEx), Fundo de Saúde da Marinha do Brasil (FuSMA) e Fundo de Saúde da Força Aérea do Brasil (FunSA). Desde então os gestores desses fundos de saúde estabelecem contratações de serviços médicos e hospitalares para garantir assistência de saúde aos seus beneficiários.

Compreende-se que para garantir a fruição do direito à saúde, cada Força Singular desenvolveu seu órgão com autonomia de administração para organizar a prestação da assistência à saúde de seu pessoal. Segundo dados do Tribunal de Contas da União de 2021, os sistemas militares de saúde fornecem assistência

médico-hospitalar a 1,34 milhão de beneficiários, dos quais 370 mil são militares, sendo destes um montante da ativa, militares da reserva, reformados, pensionistas e alguns servidores civis, vinculados ao Ministério da Defesa, que optaram em ser contribuintes do sistema de saúde castrense.

O sistema de saúde das Forças Armadas realiza atendimento a um público específico, diferentemente do Sistema Único de Saúde que zela pelo atendimento universal. Ele é composto pelos fundos e diretorias de saúde das Forças Singulares que o compõem, FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha, FUSEX – Fundo de Saúde do Exército e FUNSA – Fundo de Saúde da Aeronáutica. A este sistema também integra o Hospital das Forças Armadas (HFA), que está subordinado diretamente ao Estado-Maior das Forças Armadas do Ministério da Defesa.

O Hospital das Forças Armadas é sediado em Brasília, capital federal, foi criado pelo Decreto nº 1.310, de 8 de agosto de 1962, editado pelo Presidente do Conselho de Ministros e assinado pelos ministros da Marinha, do Exército e da Aeronáutica da época. Teve sua construção em dezembro de 1964 e foi inaugurado no dia 27 de março de 1972.

É um hospital terciário, isto é, possui capacidade que se estende de realização de exames e terapias ambulatoriais a internação e tratamento de alta complexidade.

Segundo informações no sítio eletrônico do Exército Brasileiro, o FUSEX possui um subsistema de saúde que conta com rede de atendimento composta de 29 hospitais, 4 policlínicas e 28 postos médicos. Conforme ARAÚJO (2021), o FUSEX viabiliza a assistência médico-hospitalar para os usuários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (EB) em uma rede assistencial estendida por todo o território nacional. O subsistema de Saúde da Marinha do Brasil é composto por Hospitais Navais distribuídos por sete Organizações Militares Hospitalares (OMH) – sendo um terciário e os demais de pequeno porte, seis policlínicas, um ambulatório de grande porte, um Sanatório Naval em Nova Friburgo – RJ, uma Unidade Integrada de Saúde Mental e uma Odontoclínica que está sediada na capital fluminense.

A distribuição dos Hospitais Navais e demais unidades de saúde em diferentes regiões estratégicas do Brasil garante o acesso rápido e eficiente ao atendimento médico especializado. Essa rede descentralizada é essencial para atender as necessidades de saúde de militares em missões ou deslocamentos para locais remotos, onde a infraestrutura de saúde pública pode ser insuficiente.

Ademais, a existência de unidade de saúde mental sediado no Rio de Janeiro demonstra a preocupação do Subsistema Naval com a saúde mental dos militares. O estresse e os traumas associados às atividades militares exigem um cuidado especializado, e essa unidade desempenha um papel vital na promoção do bem-estar psicológico dos pacientes. No contexto de atendimento nas demais áreas territoriais, a saúde mental é objeto de atenção, sendo acompanhada ambulatorialmente e conta com uma rede de credenciamento para suprir as necessidades da família naval.

Além do atendimento curativo, o Subsistema de Saúde da Marinha desenvolve diversas iniciativas de prevenção e promoção da saúde. Ações com estas são fundamentais para a manutenção da saúde dos militares e seus dependentes, pois reduz a incidência de doenças e promove um estilo de vida saudável.

3.1 DO CUSTEIO DO SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS

O custeio do sistema de saúde militar dá-se por mutualismo, regido pelo Decreto nº 92.512/86 “que estabelece normas de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalares ao militar e aos seus dependentes” (BRASIL, 1986), onde todos os participantes, militares da ativa, da reserva, pensionistas e dependentes contribuem com uma parcela mensalmente e com coparticipação dos custos de atendimento na rede própria ou rede conveniada, numa proporção de 20% pelos militares, pensionistas e seus dependentes, excluindo-se algumas peculiaridades, caso em que o titular indenizará 100% do custo na Tabela de Indenizações, e 80% do montante restante é aportado por meio de repasse da União, como estabelece o art. 11 do referido Decreto. Ademais, nos termos da norma supracitada, os Comandos da Marinha, Exército e da Aeronáutica dispõem de recursos financeiros para subsidiar a assistência médico-hospitalar, provenientes de dotações orçamentárias e receitas extraorçamentárias (BRASIL, 1986).

Assim, no contexto da assistência médico-hospitalar aos usuários do Sistema de Saúde Militar, conforme estabelecido no art. 11 do Decreto nº 92.512/1986, as Forças Singulares contam com uma variedade de fontes de financiamento. Entre estas, há as dotações orçamentárias, com previsões anuais no Orçamento da União a partir de propostas dos próprios Comandos Militares.

Essas dotações incluem recursos calculados com base no custo dos atendimentos médico-hospitalares proporcionados aos militares, tanto na ativa quanto na inatividade, e seus dependentes. Adicionalmente, existem recursos financeiros

específicos destinados ao custeio de convênios e contratos, bem como outros recursos voltados para a assistência médico-hospitalar.

Em adição às dotações orçamentárias, a Marinha, Exército e a Aeronáutica contam com receitas chamadas extraordinárias. Essas receitas são oriundas de diversas fontes, como as contribuições mensais para os fundos de saúde (FUSMA, FUSEX e FUNSA), respectivamente da Marinha, Exército e da Aeronáutica, também contam com as indenizações por ato médico e serviços paramédicos, e as receitas advindas pela prestação de serviços médico-hospitalares através de convênio e/ou contratos. Há também receitas oriundas de outras fontes diversas.

É importante salientar que os recursos financeiros destinados a despesas correntes e de capital das Organizações Militares de Saúde, consignados anualmente no Orçamento da União para cada Comando Militar, são independentes das dotações orçamentárias especificadas no art. 11 e não constituem objeto do decreto em comento.

Destarte, essa estrutura de financiamento é fundamental para garantir a manutenção e o funcionamento adequado dos serviços de saúde prestados aos militares e seus dependentes, assegurando a continuidade e a qualidade do atendimento médico-hospitalar no âmbito militar.

Não obstante, é de se considerar, casos específicos e excepcionais quando o militar é isento de contribuição para os casos de atendimento e/ou tratamento ocasionado por ferimento em condições de especiais como acidente em serviço e doença adquirida com relação de causa e efeito com o serviço, desde que tenha sido contraída em tempo de paz, conforme o inciso 4.5.1, da norma da Marinha do Brasil, conhecida como DGPM-401, que trata da assistência médico-hospitalar, tendo replicado exatamente o disposto no art. 26, do Decreto em análise:

4.5.1 - Os militares da ativa ou na inatividade, quando necessitarem de AMH, em qualquer época, pelos seguintes motivos:

- a) ferimento em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou doença contraída nessas condições ou que nelas tenham sua causa eficiente;
- b) acidente em serviço; e
- c) doença adquirida em tempo de paz com relação de causa e efeito com o serviço.

Outros casos, de isenções de indenizações estão contidos no art. 25 do referido Decreto que para os militares, tanto na ativa quanto na inatividade, e seus

dependentes, determinados procedimentos médico-hospitalares não são indenizáveis.

Tais procedimentos incluem perícias médico-legais, medidas profiláticas e evacuações médicas, como também consultas, assistência médica, de enfermagem e curativos não listados no Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISFFA), quando são fornecidos pelas Organizações de Saúde Militares, como também medicamentos produzidos por laboratórios militares, taxas de remoção quando são utilizados recursos das próprias Organizações Militares e inspeções de saúde médico-periciais (BRASIL, 1986).

A DGPM-401, pise-se, norma regente no tocante as indenizações, prevê os critérios aplicáveis para os serviços de saúde prestados no Sistema de Saúde da Marinha, como estabelece mecanismos atinentes aos procedimentos de pagamentos às instituições de saúde conveniadas à Marinha (Extra-MB), em caso de utilização.

No que se refere às indenizações e isenções, de maneira complementar, a publicação em lide, elenca algumas observações que orientam aos operadores do sistema de indenizações e aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha, tendo em vista ser um universo muito específico e regulamentado por normas internas, nos termos do Anexo C do CISSFA. Ademais, os militares, ex-combatentes e servidores civis contribuintes ao FUSMA, têm direito ao Sistema de Saúde da Marinha, de acordo com as regras estabelecidas no Decreto nº 92.512/1986. As contribuições dos usuários, somadas às dotações orçamentárias, sustentam o Sistema de Saúde da Marinha.

Destarte, de maneira exemplificativa, durante a pandemia de Covid-19, em 2020, o TCU registrou um empenho orçamentário de 124,5 milhões de reais para os Fundos de Saúde Militares. O financiamento provém da União e das contribuições dos usuários, sendo a parcela destes últimos, a menor fatia. Segundo a SecexDefesa no TCU, a distribuição das verbas públicas foi a seguinte:

- 78% financiaram o FUSMA;
- 77% financiaram o FUNSA;
- 68% financiaram o FUSEX; e
- 88% financiaram o HFA.

Os dados apresentados pela SecexDefesa referentes a 2004, na participação estimada de recursos públicos e próprios no custeio dos serviços de saúde prestados pelos hospitais militares foram distribuídos da seguinte forma:

MARINHA – R\$ 769.622.734,57

EXÉRCITO – R\$ 1.713.940.785,4

AERONÁUTICA – R\$ 653.134.039,83

Na Marinha do Brasil, a prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) é administrada pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e custeada pelo Fundo de Saúde (FUSMA). O primeiro, criado pelo Decreto nº 16.237, de 5 de dezembro de 1923, o segundo foi criado pelo Decreto nº 92.512 de 2 de abril de 1986.

O Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) é classificado como uma contribuição social, de acordo com o art. 149 da Constituição Federal. Este comando legal estabelece que a competência para instituir contribuições sociais é exclusiva da União, e que essas contribuições servem como instrumento para a atuação da União nas áreas de interesse, em conformidade com as disposições dos artigos 146, III, e 150, I e III, além do art. 195, § 6º, no que se refere às contribuições mencionadas.

Possui característica de tributo com a finalidade de auxiliar no sustento da Assistência Médico Militar do Sistema de Saúde da Marinha, é regulamentada por legislação específica, conforme será abordado a seguir:

É importante lembrar que SSM e o FUSMA não se enquadram no conceito de operadora de plano ou de seguro de saúde. Assim, não estão sujeitos às leis que regulamentam este tipo de assistência.

O FUSMA é regulado por legislação específica, sendo a principal a Portaria MB/MD nº 36/2022, que o regulamenta, assinada pelo Comandante da Marinha. (BRASIL, Marinha do Brasil, Carta de Serviços ao Usuário).

Ademais, o documento DGPM-401, o normativo que rege o FUSMA na Marinha do Brasil, define o Fundo de Saúde da Marinha como:

constitui recurso vinculado, que obedece a regime particular de arrecadação, programação, aplicação, movimentação, contabilização e apuração de resultados, destinado a complementar o custeio da Assistência Médico-Hospitalar prestada pela Marinha (BRASIL, 2012).

Portanto, em apertada síntese, a participação do Estado no aporte financeiro de cerca de 80% dos gastos com o atendimento médico-, tem o escopo a manutenção do Sistema de Saúde da Marinha. Assim, podemos compreender o quanto é

necessário a continuidade da participação da União, sem a qual inviabilizaria a estrutura de Saúde Militar.

Essa dependência significativa da União se justifica pela complexidade e pelos elevados custos envolvidos na manutenção de um sistema de saúde que atenda às especificidades dos militares e seus dependentes. As contribuições dos usuários, embora importantes, constituem uma parcela menor do financiamento total. Sem o aporte substancial da União, seria impraticável garantir a qualidade e a eficiência do atendimento médico-hospitalar, que historicamente evoluiu desde as improvisações nos campos de batalha até as sofisticadas estruturas modernas.

Ademais, conforme exposto acima, essas contribuições possuem natureza tributária, o que reforça a necessidade de uma base legal sólida para sua instituição e gestão. A continuidade do apoio financeiro da União, portanto, não só assegura a sustentabilidade do Sistema de Saúde da Marinha, mas também atende aos princípios constitucionais e legais que regem as contribuições sociais e tributárias no país.

Dessarte, as dotações orçamentárias da União e as contribuições dos usuários é essencial para manter a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde da Marinha, garantindo assim condicionamento em saúde dos militares e dependentes.

4. O SISTEMA DE SAÚDE NA MARINHA DO BRASIL

4.1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

De acordo com Frutuoso e Lins, em estudo publicado na Revista do Clube Naval (nº 404), a assistência em saúde para os militares da Marinha e seus dependentes começou com a chegada da Família Real em 1808. Ao longo do Brasil sob o governo imperial, Dom Pedro II promoveu a modernização do país, o que beneficiou tanto militares quanto civis. O desenvolvimento na assistência médica militar trouxe avanços sanitários, necessários para o cuidado da tropa naval. Inicialmente, os militares doentes eram tratados em casas de família abastadas, mas com a criação do Hospital Imperial de Marinha da Corte, hoje Hospital Central da Marinha, a assistência se tornou mais humanizada e eficaz.

Ademais, segundo os pesquisadores Fragoso e Lins Filho (2022), conforme pesquisa apresentada na revista comemorativa do bicentenário da Independência do Brasil e bicentenário da criação da Marinha do Brasil as mudanças se materializaram com a construção do primeiro Hospital destinado a cuidar da saúde naval em 1834, o Hospital Imperial da Marinha de Corte, sediado no Rio de Janeiro-RJ.

Para contextualizar a análise histórica, cabe mencionar que o Hospital Imperial da Marinha de Corte tinha outra denominação inicialmente. Segundo o Dicionário Histórico-Biográfico da Saúde no Brasil de 1832-1970, o decreto de 9 de dezembro de 1833 criou o Hospital da Armada e do Corpo de Artilharia da Marinha, que mais tarde se tornou o Hospital Imperial da Marinha de Corte e, por fim, foi denominado de Hospital Central da Marinha.

Hoje, a Marinha do Brasil possui uma Diretoria de Saúde (DSM) e o Fundo de Saúde (FUSMA), responsáveis pela condução da assistência em saúde aos militares da força naval. A criação da Diretoria de Saúde da Marinha remonta ao Brasil Imperial, quando, em 1822, a Repartição do Cirurgião-Mor dos Reais Exércitos e Armada foi desmembrada, originando a Repartição do Cirurgião-Mor da Armada do Império do Brasil, a atual DSM.

Com características duradouras e permanentes, a DSM age e coordena ações eficazes para a manutenção da saúde da Marinha do Brasil, cumprindo suas tarefas mesmo em situações de mobilização, conflito, estado de defesa, estado de sítio ou intervenção federal.

4.2 – CONHECENDO O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM)

A Força Naval, por meio do Corpo de Saúde, realiza a missão tendo em vista o desafio de melhor atender aos militares e dependentes com programas de saúde oriundas da Política de Saúde, e consoante a premissa das ciências econômicas: necessidades ilimitadas com recursos escassos.

Para assistir à família naval, conta com uma rede de hospitais, ambulatorios e policlinicas espalhados pelo Brasil com a seguinte distribuição:

Quadro 1: Rede de Assistência hospitalar da Marinha:

Organização Militar Hospitalar (OMH)	Localização
1) Ambulatório Naval da Penha	Rio de Janeiro-RJ
2) Hospital Central da Marinha	Rio de Janeiro-RJ
3) Hospital Naval de Belém	Belém-PA
4) Hospital Naval de Brasília	Brasília-DF
5) Hospital Naval de Ladário	Ladário-MS
6) Hospital Naval Marcílio Dias	Rio de Janeiro-RJ
7) Hospital Naval de Natal	Natal-RN
8) Hospital Naval de Recife	Recife-PE
9) Hospital Naval de Salvador	Salvador-BA
10) Policlínica Naval de Campo Grande	Rio de Janeiro-RJ
11) Policlínica Naval de Manaus	Manaus-AM
12) Policlínica Naval de Niterói	Niterói-RJ
13) Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória	Rio de Janeiro-RJ
14) Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia	São Pedro da Aldeia-RJ
15) Sanatório Naval de Nova Friburgo	Nova Friburgo-RJ
16) Policlínica Naval de Rio Grande	Rio Grandes
17) Unidade Médica da Esquadra	Rio de Janeiro-RJ
18) Unidade Integral de Saúde Mental	Rio de Janeiro-RJ
19) Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro-RJ

Fonte: Elaboração própria.

Nesta pesquisa, é fundamental compreender que as normas elencadas no anexo N da DGPM-401, não se constituem como uma relação exaustiva do tema, tendo em vista que a matéria sofre atualização de forma muito dinâmica, como produto

da convivência em sociedade, processo natural da mudança legislativa ou pelo desenvolvimento das ciências médicas, de acordo com o magistério do prof. Felipe Augusto de Miranda Rosa (2004):

Os estímulos sociais à modificação da ordem jurídica assumem formas variadas, seja pelo crescimento lento da pressão dos padrões e normas alterados na vida social, criando uma distância cada vez maior entre os fatos da vida e o Direito, seja pela súbita e imperiosa exigência de certas emergências nacionais, visando a uma redistribuição dos recursos naturais ou novos paradigmas de justiça social, ou seja, ainda pelos novos desenvolvimentos científicos. (MIRANDA, 2004, p. 45)

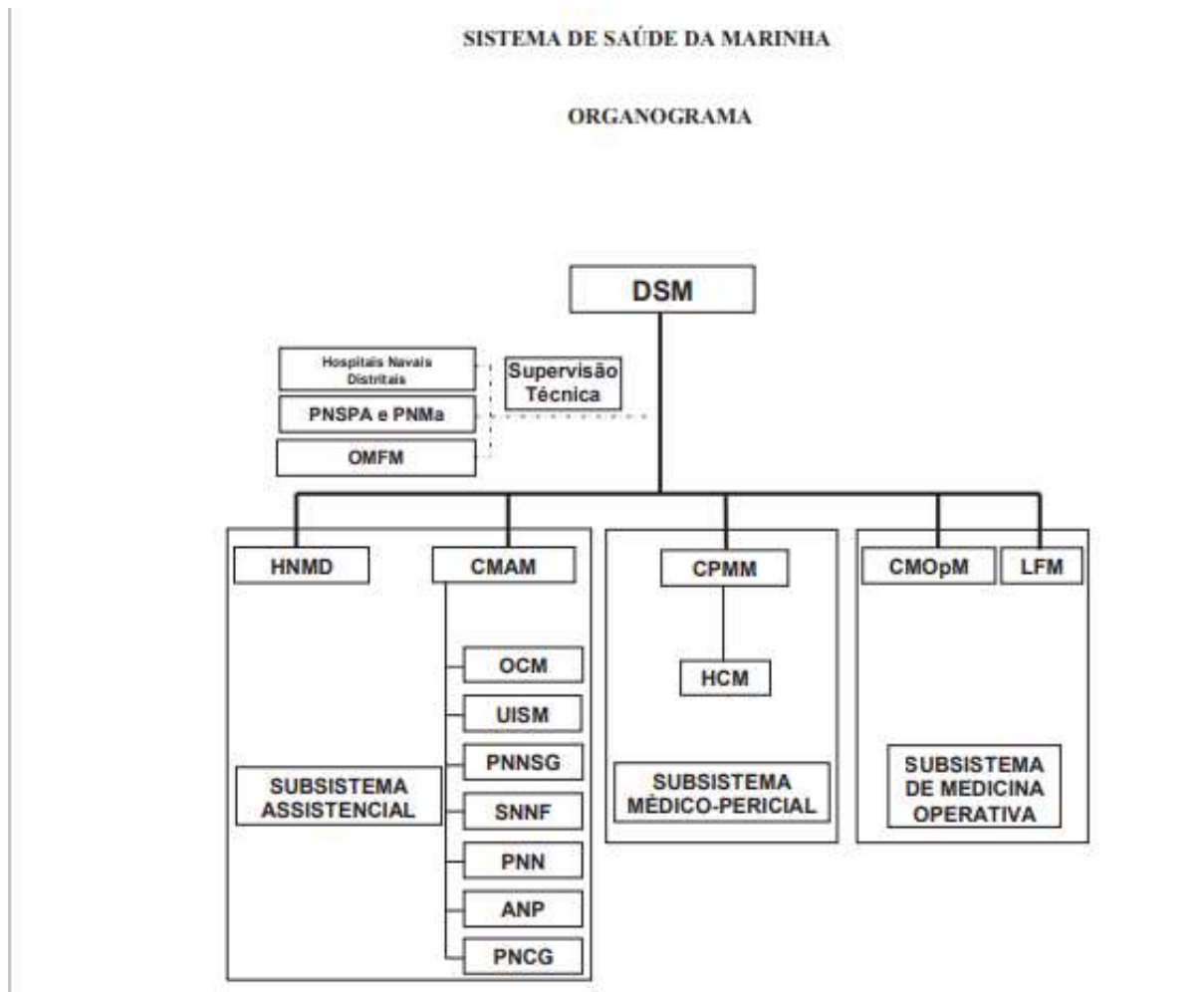
O objetivo primordial do Sistema de Saúde da Marinha é proporcionar uma assistência médico-hospitalar aos seus usuários com qualidade e segurança. Dessarte, a norma castrense define a Assistência Médico-Hospitalar (AMH), no inciso 1.1.4:

é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo os serviços dos profissionais de saúde, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários. (BRASIL, 2012).

Ademais, esses subsistemas consistem em organizações militares de saúde responsáveis pelo gerenciamento dos objetivos estabelecidos pelo Sistema de Saúde da Marinha, visando atingir suas metas enquanto política de Estado. Essa estrutura complexa contribui para proporcionar aos usuários da Marinha as condições fundamentais para alcançar um estado de saúde pleno, considerando o ser como um todo biopsicosocioespiritual. Isso está em conformidade com o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, *ad litteram*: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (OMS, 1946).

A seguir, apresentaremos sobre a cadeia organizacional do Sistema de Saúde da Marinha e seus órgãos interligados (Figura 1) que estruturam cada um dos subsistemas, de acordo com a DGPM-401 (BRASIL, 2012):

Figura 1: Organograma do Sistema de Saúde da Marinha



Fonte: DGPM-401

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) é o Órgão máximo responsável pela supervisão e direcionamento das ações de saúde.

A DSM se organiza em vários subsistemas interligados, cada um com funções específicas:

Subsistema Assistencial: Responsável pela prestação direta de serviços de saúde aos militares e seus dependentes. Inclui hospitais, clínicas e unidades de atendimento de saúde distribuídas por todo o país. De acordo com a DGPM-401, esse subsistema fornece assistência médico-hospitalar (AMH) aos usuários elencados na Lei 6.880/80. É oferecida de maneira regional, hierarquizada e integrada, com foco na prevenção, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

- Subsistema Médico-Pericial: Realiza perícias médicas e avalia a aptidão dos militares para o serviço. Esse subsistema é essencial para a manutenção da saúde e prontidão das tropas.

- Subsistema de Medicina Operativa: Foca em aspectos médicos relacionados às operações militares, incluindo saúde ocupacional, prevenção de acidentes e treinamento em primeiros socorros.

Destarte, para promover à saúde dos homens e mulheres do mar, o Sistema de saúde da Marinha, firma-se em três colunas de ações em saúde, a saber:

- a) A prevenção e promoção de saúde;
- b) A atenção básica; e
- c) Atenção especializada.

A prevenção e a promoção da saúde na Marinha do Brasil, nos termos da DGPM-401, são executadas por meio dos Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais, que visam prevenir doenças, promover a saúde diagnosticar e tratar precocemente, além de reabilitar os pacientes. Esses programas são desenvolvidos de forma a integrar ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, alinhando-se às necessidades específicas dos grupos e indivíduos. Araújo (2021) destaca que a promoção da saúde melhora a operacionalidade das forças armadas, a qualidade de vida dos militares e reduz os custos com problemas de saúde.

A atenção básica, definida pela Marinha do Brasil, é o primeiro nível de assistência à saúde, oferecendo serviços essencialmente ambulatoriais com baixa complexidade e custo reduzido. Esse nível de atenção inclui especialidade médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, odontologia básica e enfermagem, e tem o objetivo de diminuir a demanda nos hospitais.

No Distrito Federal, sob o Comando do 7º Distrito Naval, a Marinha do Brasil conta com o Hospital Naval de Brasília (HNBra), que atende aproximadamente 17 mil usuários, entre militares e dependentes. Esse nosocômio está em ampliação e oferece diversas especialidades médicas e serviços, incluindo atendimento ambulatorial, imunização, radiologia, e unidade de internação, além de atividade periciais. Destarte, esses serviços são fundamentais para assegurar uma assistência médica completa e de qualidade aos militares e seus dependentes.

A Atenção Especializada é dividida em média e alta complexidade, perfazendo o segundo nível de assistência à saúde do Sistema de Saúde da

Marinha, conforme estabelecido abaixo: A assistência de média complexidade exige profissionais especializados e utiliza recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. A assistência de alta complexidade compreende o atendimento em hospitais considerados de referência, com a utilização de alta tecnologia e alto custo e recursos humanos qualificados e permanentemente atualizados (Brasil, 2012).

Conforme disponibilizado pelo Anuário Estatístico da Marinha de 2022, a assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade é realizada em unidades hospitalares como dito acima, o Sistema de Saúde da Marinha conta com uma rede hospitalar distribuída em todo o território nacional, com a finalidade de prestar a AMH para todos os seus usuários. Em 2022, conforme divulgado no ANEMAR, as Organizações Militares Hospitalares (OMH) e as Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM) e outras para-hospitalares, movimentaram um número expressivo de atendimentos. O montante envolvendo atendimentos em unidades do Sistema de Saúde da Marinha, em ambulatorios e internação hospitalar nas diversas especialidades das ciências médicas, excluindo atendimentos odontológicos, girou em torno de mais de dois bilhões de atendimentos em unidades da Marinha do Brasil, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: Consultas médicas por clientela atendida em 2022.

ORGANIZAÇÕES	MILITARES		SERVIDORES CIVIS ATIVOS E	DEPENDENTES E PENSIONISTAS	SEM ESPECIFICAÇÃO	TOTAL
	DA ATIVA	VETERANOS				
<u>HOSPITALARES</u>						
Amb. Naval Penha	2.053	3.091	-	22.915	-	28.059
HCM	37.071	5.138	238	1.211	388	44.046
HNBc	14.304	12.583	109	34.735	1.862	63.593
HNBra	16.930	8.368	675	43.521	423	69.917
HNLa	13.499	2.731	261	24.656	940	42.087
HNMD	58.568	75.496	307	171.130	2.554	308.055
HNNa	8.576	11.808	182	37.184	79	57.829
HNRc	5.904	8.160	315	22.425	608	37.412
HNSa	14.295	9.166	7	33.219	1.227	57.914
PNCG	8.505	5.915	72	55.407	31	69.930
PNMa	23.434	7.278	-	35.923	6.310	72.945
PNN	14.632	18.298	510	88.237	24	121.701
PNNSG	11.285	21.399	323	148.321	-	181.328
PNSPA	11.788	7.044	-	26.910	300	46.042
SNNF	1.734	1.759	23	4.512	21	8.049
PNRG	6.179	1.198	216	8.730	-	16.323
UMESQ	19.628	-	-	-	-	19.628
UISM	8.445	4.967	34	17.879	5	31.330
SUBTOTAL	276.830	204.399	3.272	776.915	14.772	1.276.188
<u>PARA-HOSPITALARES</u>						
AMRJ	24.325	5	178	-	-	24.508
Outras Para-Hospitalares	142.910	16.579	3.610	37.331	21.717	222.147
SUBTOTAL	167.235	16.584	3.788	37.331	21.717	246.655
TOTAL	444.065	220.983	7.060	814.246	36.489	1.522.843

Fonte: Anemar 2022.

4.2.2. FUNDO DE SAÚDE DA MARINHA

No tocante ao Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), como dito alhures, ainda que perfunctoriamente, podemos dizer que é uma contribuição social obrigatória direcionada a sustentar a Assistência Médico-Hospitalar (AMH):

O Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) é um dos recursos financeiros oriundos de contribuições mensais obrigatórias dos militares, da ativa e na inatividade, e dos pensionistas dos militares, para custeio da assistência médico-hospitalar (AMH) fornecida pela MB, previsto na Medida Provisória nº 2.215/2001, art. 15, II e III, e 25 e Decreto nº 92.512/86, art. 11, 13 e 24. (Brasil, Condições para atendimento)

O FUSMA é uma contribuição social (art. 149, caput, Constituição Federal), tida como um tributo, direcionado a sustentar a assistência médica com base no princípio da solidariedade, em prol da coletividade e não se traduz em uma contraprestação pela contratação de um plano de saúde individual. (Brasil, Condições para atendimento)

De acordo a Lei nº 12.216/2010, que altera os arts. 1º, 11, 16 e 17, e acrescenta os arts. 7º- A e 7º- B à Lei nº 9.519, de 26 de novembro de 1997, que dispõe sobre a reestruturação dos Corpos e Quadros de Oficiais e de Praças da Marinha do Brasil, há aproximadamente 80.507 vagas aprovadas para militares na ativa, não obstante, conforme o Anuário de Estatísticas da Marinha (ANEMAR) relativo ao ano de 2022, há 72.156 militares da ativa da Marinha que são empregados como Força de Trabalho.

Vê-se que o contingente de militares da ativa da Marinha do Brasil assistidos por um Sistema de Saúde próprio (SSM) constitui um somatório de profissionais significativo, sendo que o Sistema de Saúde da Marinha provê o aparato necessário de clínicas, ambulatórios, hospitais e todo o tratamento de saúde necessários para que a Força Naval continue a cumprir a sua destinação constitucional e atribuições subsidiárias.

O provimento de assistência médico-hospitalar aos militares da força naval, dar-se-á em todo o território nacional, tendo em vista que a força de trabalho está distribuída em todas as unidades da federação, isto é, está presente nos 26 estados e no Distrito Federal, e no exterior.

A lei nº 9.519, de 26 de novembro de 1997, dispõe sobre a reestruturação dos Corpos e Quadros de Oficiais e de Praças da Marinha do Brasil, regula o efetivo de militares da Marinha, conforme se vê abaixo:

Art. 11. Os efetivos de Oficiais, dos diversos Corpos, têm os seguintes limites:
I - Oficiais Gerais: 87 (oitenta e sete); (Redação dada pela Lei nº 12.216, de 2010)

II - Oficiais Superiores, Intermediários e Subalternos: 10.620 (dez mil, seiscentos e vinte). (Redação dada pela Lei nº 12.216, de 2010) (Brasil, 1997)

Art. 17. O efetivo das praças da Marinha tem o limite de 69.800 (sessenta e nove mil e oitocentos). (Redação dada pela Lei nº 12.216, de 2010). (Brasil, 1997)

Conforme os dados obtidos referentes a 2022 do Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR-2022) também é objeto de atenção particular um público que tem suas peculiaridades na condição de saúde, pois fazem periódicos anuais e todo as demais assistências de saúde necessários para sua completa higidez física e mental. Estamos a falar do Corpo de Militares Feminino que está distribuído conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Distribuição de militares da ativa do corpo feminino, de acordo com o posto e graduação.

FEMININO											
AE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CMG	84	1	5	-	-	2	17	-	1	1	111
CF	220	3	5	3	5	1	44	4	-	6	291
CC	379	5	19	9	10	5	55	16	3	6	507
CT	601	32	47	21	15	17	56	39	20	-	848
1ºTEN	1.188	73	128	79	60	47	106	103	86	-	1.870
2ºTEN	39	9	27	18	2	5	23	1	15	-	139
SO	132	6	4	2	3	4	28	2	3	8	192
1ºSG	161	5	12	1	3	2	23	6	3	-	216
2ºSG	369	7	21	6	15	2	28	12	3	-	463
3ºSG	1.571	58	95	41	49	43	104	56	42	-	2.059
CB	929	76	151	57	49	63	80	25	50	-	1.480
MN/SD	6	4	5	3	-	1	5	-	1	-	25
TOTAL	5.679	279	519	240	211	192	569	264	227	21	8.201

Fontes: DPM e CPesFN

Fonte: Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR-2022).

Na tabela acima constata-se que o quadro feminino da Marinha é composto de cerca de 8.201 mulheres 'que são assistidas por programas de saúde dos mais diversos, desde o exame preventivo anual à assistência na gestação e no puerpério.

Os demais militares da reserva remunerada, dependentes da ativa e reserva, como também os pensionistas de militares, que também são usuários do sistema de saúde naval, serão demonstrados logo a após:

Segundo o Anuário Estatístico da Marinha, o total de dependentes foi distribuído, para melhor compreensão, entre Dependentes de Oficiais com postos compreendidos entre segundo-tenente (2ºTen) a Almirante de Esquadra (AE) e dependentes de Praças com graduações compreendidas entre marinheiros/soldados

(MN/SD) até suboficiais (SO), totalizando 15.646 dependentes de oficiais e 81.381 dependentes de praças.

5. POLÍTICA NACIONAL DE DEFESA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Antes de abordarmos acerca da Política Nacional de Defesa, faz-se necessário introduzir o conceito de políticas públicas.

Embora o tema ainda suscite diferentes opiniões entre os estudiosos, esta pesquisa não se propõe a resolver essas divergências. O propósito é apresentar um conceito básico, amplamente aceito pela doutrina, que servirá como fundamento para o desenvolvimento deste trabalho.

5.1 ENTENDENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS – UM PANORAMA CONCEITUAL

As Políticas Públicas são, em resumo, tudo aquilo que o Estado, por meio de seus atores, realiza em prol da sociedade. Este conceito é primeiramente apresentado por Thomas Dye (1984): *“Política Pública é tudo aquilo que os governos decidem fazer ou não fazer”*.

É bem verdade que há quem aponte que seria uma maneira simplória de abordar o tema, mas que, em certa medida, para o que estamos a tratar, podemos considerar tal explicação como um norte que nos conduz a uma compreensão da matéria, ainda que perfunctoriamente.

Para Christoph Knill & Jale Tosun (2019) em Políticas Públicas – Uma nova introdução (tradução livre), os autores alemães discutem quais são os elementos que constituem uma política pública:

Em primeiro lugar, as políticas públicas referem-se a ações de setores públicos (normalmente governos), embora os atores sociais possam, até certo ponto, estar envolvidos ou participar da tomada de decisões públicas, o que corresponde à ideia básica de governança. Em segundo lugar, as ações governamentais se concentram em questões específicas, o que implica que o escopo das atividades se restringe a abordar um determinado aspecto ou problema (como controle da poluição do ar, proteção animal, conteúdo da internet ou liberalização do setor de telecomunicações). (Knill; Tosun, 2019) (tradução livre)

Importa refletir que para os autores acima, as políticas públicas admitem a ideia de serem um constructo e ações voltadas ao público, ainda que uma faceta significativa da sociedade, como ocorre com os militares das Forças Armadas. Desta forma, cabe-nos repisar o que os autores acima disseram:

Em segundo lugar, as ações governamentais se concentram em questões específicas, o que implica que o escopo das atividades se restringe a abordar um determinado aspecto ou problema (como controle da poluição

do ar, proteção animal, conteúdo da internet ou liberalização do setor de telecomunicações). (Knill; Tosun, 2019. Grifei)

Na mesma esteira, num consolidado de conceituações, Celina Souza em *Políticas Públicas: uma revisão da literatura* (2006), traz alguns conceitos que ajudam a ampliar a compreensão acerca do tema:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.³ A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (2006)

Como bem salientou a pesquisadora da Universidade Federal da Bahia – UFBA: “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública” (Souza, 2016). Ademais, para além da discussão de que seja fruto de uma ação do Estado por meio de seus representantes, a pesquisadora nos informa, em nota de roda pé na mesma obra, que uma inação do Estado, ou seja, até mesmo a inércia propositiva, também pode ser considerada como política pública: “Há mais de 40 anos atrás, Bachrach e Baratz (1962) mostraram que não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública.” (Souza, 2006)

Nesse sentido, o Sistema de Saúde da Marinha pode ser compreendido como um programa público setorial, na medida em que expressa uma escolha deliberada do Estado quanto à provisão de assistência médico-hospitalar a um público estratégico específico. Conforme dito (Dye, 1984), políticas públicas correspondem ao conjunto de decisões e não decisões adotadas pelos governos, perspectiva que permite compreender o SSM não apenas como um arranjo administrativo, mas como resultado de opções institucionais vinculadas à defesa nacional. Por conseguinte, Souza (2006) destaca que políticas públicas se materializam por meio de estruturas organizacionais, normas, recursos e rotinas decisórias que refletem prioridades estatais e condicionantes político-institucionais. A partir desse enquadramento, a análise do desempenho do SSM demanda instrumentos capazes de ir além da descrição normativa e operacional. É nesse ponto que a abordagem de Jannuzzi (2014) se torna central, ao enfatizar a importância do uso sistemático de indicadores e de modelos de monitoramento e avaliação orientados a resultados, permitindo

examinar a eficiência, a sustentabilidade e a capacidade de resposta da política pública frente a contextos de estresse institucional, como crises sanitárias e restrições orçamentárias. No que tange à proposta desta pesquisa, pelo conteúdo até aqui apresentado, podemos inferir que programas voltados à implementação de cuidados sistemáticos e toda a engenharia logística para promover a saúde e toda a estrutura governamental com lastro a assistência em saúde dos militares e seus dependentes, e em específico à saúde dos integrantes (e seus dependentes) da Marinha do Brasil, constituem-se em implementação de um de assistência médico-hospitalar, subjacente a Política Nacional de Defesa, para este segmento de importância perene na sustentação da Soberania do Brasil, como Estado membro diante da comunidade internacional.

5.2 POLÍTICA NACIONAL DE DEFESA E SUA ATUAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA NO ÂMBITO DAS FORÇAS ARMADAS

Destarte, o que se apresenta a partir dos enunciados é que a Política Nacional de Defesa, sob a égide Constitucional, atua como uma Política Pública. Embora a literatura especializada tenha abordado este tema (Almeida, 2010; Corrêa; Bondarczuk, 2015), especialmente em contribuições que reconhecem a Política Nacional de Defesa como política pública, esta pesquisa volta-se ao aprestamento operacional das Forças Singulares, no tocante ao Sistema de Saúde Militar, com o desiderato de levar a cabo suas atribuições de acordo com as normas regulamentares de defesa e segurança da pátria.

Ademais, quanto ao eixo médico-assistencial, os programas de saúde inerentes ao Sistema de Saúde Militar, na prestação da assistência médico-hospitalar (AMH), atuam como braço dessa Política Pública propiciando os cuidados necessários para o condicionamento biopsicosocioespíritual dos militares e seus dependentes, nos termos da lei nº 6.880/80, em consonância com o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade.” (1947, apud OPAS, 2018, p.4).

À luz dos conceitos apresentados, a Política Nacional de Defesa pode ser compreendida como uma política pública estruturante, de caráter permanente, cuja materialização se dá por meio de políticas setoriais específicas, entre as quais se insere o Sistema de Saúde Militar. À vista disso, a assistência médico-hospitalar

prestada aos militares não constitui benefício acessório, mas elemento funcional indispensável à manutenção da capacidade operativa e ao cumprimento da destinação constitucional das Forças Armadas.

6. O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR NO MODELO COMPARADO

A análise comparada de sistemas de saúde militar internacionais constitui, metodologicamente, uma "bússola analítica". Ela não serve para importar soluções acriticamente, mas para identificar arranjos institucionais distintos e refletir sobre como Estados soberanos equacionam o binômio "Custo *versus* Prontidão". Sem a pretensão de esgotar o tema, este capítulo examina as arquiteturas de gestão dos Estados Unidos, Portugal e Espanha. O objetivo é extrair lições aprendidas que possam oxigenar o debate sobre a eficiência do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), sempre respeitando as singularidades do nosso teatro de operações.

6.1. O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos, o Sistema de Saúde Militar é integrado entre as Forças Armadas. O sistema de saúde é coordenado de maneira centralizada pela Agência de Saúde de Defesa (*Defense Health Agency* - DHA), um órgão que é responsável por integralizar os serviços médicos do Exército, Marinha e da Força Aérea. A missão da DHA subsiste em assegurar a prontidão médica em qualquer lugar em que as Forças Armadas americanas estejam em operação, a fim de garantir o aprestamento operacional dos militares.

Para operacionalizar essa missão, a DHA adota a filosofia do *Ready Reliable Care* (Cuidado Confiável e Pronto). Não se trata apenas de um slogan, mas de uma cultura organizacional que busca a "alta confiabilidade" (zero erro) e impulsiona a inovação contínua. É um sistema que entende que a segurança do paciente na enfermaria impacta a segurança da missão no *front*.

Em termos de capacidade, o *Military Health System* (MHS) é muito denso: atende cerca de 9,6 milhões de beneficiários com um orçamento anual que orbita aos 50 bilhões de dólares. O grande diferencial estratégico é o TRICARE, um programa que combina hospitais militares (para manter a capacitação dos médicos militares) com uma rede de entidades de saúde credenciadas, a fim de dar capilaridade ao atendimento de dependentes.

Como observam Tanielian e Farmer (2019), o desafio americano é equilibrar uma missão dupla: manter a "medicina de combate" em prontidão, enquanto provê "medicina assistencial" para seu de dependentes e veteranos. Esse modelo híbrido e de alta escala serve como referência de como a terceirização ramificada à rede credenciada, pode ser conduzida sem perder o controle estratégico.

6.2. O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR EM PORTUGAL

Em Portugal observa-se, como exemplo, que a reforma administrativa foi realizada para racionalizar os custos em saúde de servidores militares. Em 2005, o país abandonou os sistemas isolados de cada Força e criou um único subsistema de "Assistência na Doença aos Militares" (ADM). A lógica foi puramente econômica e gestionária: unificar para evitar duplicidade de meios e reduzir custos administrativos (Decreto-Lei nº 167/2005).

Essa reforma aproximou o sistema militar do modelo civil (ADSE), inserindo-se em um contexto de contenção fiscal do Estado português. Na prática, a unificação permitiu que hospitais antes "exclusivos" de uma Força passassem a atender todo o efetivo, otimizando a taxa de ocupação de leitos e o uso de equipamentos caros.

A experiência lusa sugere que a integração administrativa pode gerar eficiência, mas levanta o alerta sobre a necessidade de preservar as especificidades da cultura militar (a "militaridade") dentro de um sistema cada vez mais parecido com o serviço público civil.

6.3. O SISTEMA DE SAÚDE MILITAR NA ESPANHA

A Espanha segue uma "terceira via" interessante: a dos Corpos Comuns. A Constituição de 1978 e as leis orgânicas subsequentes estabeleceram que a saúde não pertence ao Exército ou à Armada, mas ao Ministério da Defesa, através do *Cuerpo Militar de Sanidad*.

Nesse modelo, médicos, enfermeiros e farmacêuticos vestem o mesmo uniforme "roxo" da saúde, servindo a qualquer Força conforme a necessidade. Desde 1989, essa estrutura unificada, descrita por Charrua (2008), permite uma flexibilidade operacional invejável: uma equipe de saúde pode ser deslocada para uma missão da OTAN ou para apoiar a Unidade Militar de Emergências (UME) em catástrofes civis com a mesma facilidade.

Para o Brasil, o caso espanhol ilustra como a centralização da carreira de saúde (Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas), pode eliminar barreiras corporativas e facilitar a gestão de recursos humanos escassos.

6.4. ANÁLISE DOS MODELOS APRESENTADOS

A seleção desses três países não foi aleatória. Buscou-se contrastar a complexidade e escala dos EUA com a racionalização e unificação da Península Ibérica. Embora nossa realidade orçamentária seja distinta, os dilemas de gestão — envelhecimento dos beneficiários, custo crescente da tecnologia e necessidade de prontidão — são universais.

Os quadros a seguir sistematizam essas arquiteturas, permitindo uma visualização das diferenças em relação ao modelo brasileiro que é descentralizado por cada Força Singular.

6.4.1 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Quadro 2: Quadro comparativo de Organização e Gestão

Estados Unidos da América	O Sistema de Saúde Militar é coordenado de maneira centralizada pela Agência de Saúde de Defesa, o qual articula os serviços médicos do Exército, Marinha e Força Aérea, com ênfase na prontidão médica tanto em tempos de paz quanto de guerra, o que pode ter correlação com o histórico de envolvimento do país em conflitos armados.
Portugal	O Sistema de Saúde Militar unificado em 2005, centralizando os serviços dos três ramos das Forças Armadas, com o objetivo de racionalizar recursos e estabelecer uma assistência integrada semelhante ao regime geral de assistência na doença aos servidores civis do Estado.
Espanha	O Sistema de Saúde Militar é conduzido pelo Cuerpo Militar de Sanidad, sob o comando do Ministério da Defesa,

	preparado para enfrentar desafios tanto em território próprio quanto em missões internacionais.
Brasil	O Sistema de Saúde militar no Brasil, integra o Sistema de Proteção Social dos Militares da União com administração descentralizada, na qual cada Força Singular é responsável pela gestão de suas próprias atividades. O custeio é majoritariamente mantido com recursos do orçamento público, e complementado por fundos específicos: FUSEX (Exército), FUSMA (Marinha) e FUNSA (Força Aérea), com contribuições obrigatórias dos beneficiários legalmente instituídos.

Fonte: Elaboração própria.

6.4.2 COBERTURA E BENEFICIÁRIOS:

Quadro 3: Quadro comparativo Cobertura e Beneficiários.

Estados Unidos da América	O Military Health System atende aproximadamente 9,6 milhões de usuários, incluindo militares ativos, inativos e suas famílias. O Programa Tricare é uma parte importante desse sistema, fornecendo cobertura abrangente para as necessidades de saúde dos beneficiários.
Portugal	O Sistema de Saúde Militar atende militares das Forças Armadas e suas famílias em um modelo unificado entre as Forças Armadas e os servidores civis, conforme Decreto-Lei nº1667/2005, com objetivo de racionalização dos meios humanos e materiais disponíveis.

Espanha	O Cuerpo Militar de Sanidad fornece assistência integral à saúde dos militares e seus dependentes, incluindo serviços hospitalares, clínicas ambulatoriais e escolas de saúde para formação e aperfeiçoamento profissional, ligados à Inspeção-Geral de Saúde de Defesa.
Brasil	O Sistema de Saúde das Forças Armadas presta assistência médica hospitalar para os militares da ativa, reserva remunerada e seus dependentes, legalmente instituídos, nos termos do Art. 50 da Lei nº 6.880/80.

Fonte: Elaboração própria.

6.4.3 INFRAESTRUTURA E RECURSOS:

Quadro 4: Quadro comparativo - Infraestrutura e Recursos.

Estados Unidos da América	O Military Health System possui um orçamento anual de cerca de 50 bilhões de dólares e emprega cerca de 150 mil funcionários, oferecendo uma ampla gama de serviços médicos e diversas especialidades de saúde.
Portugal	O Sistema de saúde Militar é composto por um número específico de leitos e realiza atendimentos e procedimentos de saúde. As despesas em saúde nas Forças Armadas portuguesas foram significativas, refletindo investimentos do governo português em saúde.
Espanha	O Cuerpo Militar de Sanidad é responsável pela gestão da saúde dos militares e seus dependentes, garantindo condições adequadas de atendimento tanto na

	Espanha quanto em atividades oficiais fora do país.
Brasil	O Sistema de Saúde Militar brasileiro, sob a coordenação das Diretorias de Saúde das respectivas Forças, tem como objetivo prestar assistência médico-hospitalar aos beneficiários, por meio das instituições de saúde das respectivas Forças, sendo essa cobertura complementada por organizações de saúde privadas conveniadas. O financiamento é majoritariamente oriundo do Orçamento da União destinado à respectiva Força, sendo suplementado pelas contribuições obrigatórias, nos termos do Decreto nº 92.512/86.

Fonte: Elaboração própria.

A comparação evidencia que, diferentemente dos modelos unificados adotados por Portugal e Espanha, o sistema brasileiro preserva uma administração descentralizada entre as Forças Singulares, o que amplia a autonomia institucional, mas impõe desafios adicionais de coordenação, eficiência e padronização. Por outro lado, a forte dependência do financiamento público aproxima o Brasil do modelo norte-americano, embora com escala e capacidade orçamentária significativamente distintas.

6.4.4 CONCLUSÃO PRELIMINAR

Ao contrastar o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) com seus pares internacionais, a conclusão é de que não existe um modelo de gestão em saúde que seja ideal.

Os Estados Unidos ensinam que a rede contratada (TRICARE) é essencial para dar escala, mas exige uma governança de dados robusta (DHA). Portugal e Espanha ensinam que a unificação (seja de hospitais ou de carreiras) é o caminho natural para países com restrições orçamentárias que não podem se dar ao luxo de ter três hospitais militares na mesma cidade competindo por recursos.

O Brasil, com seu modelo descentralizado e financiado por um *mix* de orçamento da União e desconto em folha (FUSMA/FUSEX/FUNSA), encontra-se em uma encruzilhada. As evidências internacionais sugerem que o isolamento de sistemas tende a ser ineficiente no longo prazo. Contudo, qualquer tentativa de "importar" o modelo unificado europeu ou o modelo agenciado americano deve ser feita com cautela crítica.

Em suma, as experiências externas validam a tese desta dissertação: a sustentabilidade do SSM depende menos de "copiar" modelos e mais de implementar ferramentas de monitoramento e avaliação para gerir melhor os recursos que já temos. Soluções endógenas, inspiradas em boas práticas exógenas, parecem ser o norte mais seguro para a nossa bússola de gestão.

7. UMA APLICAÇÃO EXPLORATÓRIA DE FERRAMENTAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A)

Este capítulo não pretende realizar uma auditoria institucional nem emitir um veredito definitivo sobre o desempenho do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Trata-se, antes, de um exercício de "prova de conceito": uma aplicação exploratória de instrumentos de Monitoramento e Avaliação (M&A), balizada por alguns dados quantitativos públicos, com o propósito de demonstrar a viabilidade analítica dessas ferramentas para a governança da saúde militar da Marinha.

Em um cenário marcado pela restrição orçamentária crônica e pela crescente complexidade das demandas em saúde, o M&A deixa de ser uma mera ferramenta para se tornar um instrumento viável. Para o gestor público, essas ferramentas funcionam como o radar de um navio: permitem navegar com segurança, mensurando em tempo real a eficiência (fazer mais com menos), a eficácia (atingir a meta) e a efetividade (gerar impacto real nos usuários do SSM).

Como bem leciona Jannuzzi (2014), o esforço avaliativo não é monolítico. Ele se desdobra em produtos distintos, desde "Estudos Avaliativos" baseados em dados secundários, como é o foco nesta pesquisa, até "Pesquisas de Avaliação" com coleta primária no campo. A proposta deste capítulo, portanto, é apresentar um modelo inicial — ainda que incipiente, dadas as limitações de acesso aos dados classificados — que sirva de norte para futuras implementações mais robustas pela Alta Administração Naval.

7.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA – UM EXPERIMENTO ACADÊMICO

Para dar materialidade a essa proposta, realizamos um experimento empírico utilizando a série histórica de 2018 a 2022 do Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR). A metodologia seguiu o ciclo clássico de inteligência: coleta, tratamento, análise crítica e visualização. Cabe destacar que esta fase do trabalho se dará com os seguintes pontos:

- a) coleta e organização de dados;
- b) análise descritiva;
- c) comparações relativas entre os pontos escolhidos;
- d) Avaliação de desempenho;

- e) Monitoramento contínuo;
- f) Visualização dos dados;
- g) Relatórios periódicos.

7.1.1 COLETA DE DADOS

A matéria-prima deste ensaio foram os indicadores de produtividade assistencial extraídos do ANEMAR, documento produzido pela Diretoria de Administração da Marinha (DAdM). Embora seja uma publicação ostensiva, o acesso aos dados brutos exige um trabalho de mineração cuidadoso. Selecionamos indicadores que refletem a "pulsção" do sistema: consultas médicas, exames complementares e internações, segregando sempre o que é produzido pela Força de Trabalho (FT) interna e o que é terceirizado (Rede Conveniada).

A tabela de dados brutos (2018-2022) a seguir sintetiza a capacidade laborativa do SSM:

Tabela 3: Dados brutos de Força de Trabalho do SSM

Ano	Consultas Médicas – FT MB	Consultas Médicas por Convênio	Exames realizados – FT MB	Exames realizados por Terceiros	Internações hospitalares – FT MB	Internações Hospitalares por Convênio
2018	1.670.911	215.206	5.157.595	767.023	23.552	5.605
2019	1.757.418	194.641	5.406.235	843.795	23.676	7.883
2020	1.007.468	157.736	3.555.404	618.800	20.611	8.233
2021	1.336.689	238.140	4.689.566	1.051.287	24.504	9.623
2022	1.522.843	254.639	4.719.077	1.004.170	21.798	11.932

Fonte: Elaboração própria.

7.1.2 ANÁLISE DESCRITIVA

Ao analisarmos a evolução temporal desses indicadores, emergem padrões que contam a história recente do SSM. Não se trata apenas de oscilação estatística, mas de reflexos de decisões de gestão e choques externos:

a) Consultas Médicas (FT vs conveniados): Observa-se um crescimento da produção interna até 2019, bruscamente interrompido em 2020. A queda acentuada nas consultas da FT naquele ano (-42,67%) é um achado de pesquisa. No primeiro momento, observa-se que houve interferência da pandemia de Covid-19, que redirecionou o efetivo para o front de combate ao vírus. Contudo, o dado da rede

conveniada, que caiu bem menos (-18,96%), sugere um transbordo de demanda. Quando o SSM não conseguiu absorver a demanda, o usuário foi redirecionado para a rede conveniada, indicando que a necessidade de saúde persistiu.

b) Exames Complementares: Seguem a mesma toada das consultas. A recuperação em 2021 e 2022 mostra a resiliência do sistema, mas também uma mudança de perfil: a rede externa passou a absorver uma fatia maior do diagnóstico, possivelmente como estratégia para zerar filas represadas.

c) Internações: Aqui reside um ponto de atenção estratégica. Enquanto as internações em hospitais próprios (HNB, HFA) oscilaram com tendência de queda, as internações conveniadas dispararam (+40,64% em 2019 e +23,99% em 2022). Esse movimento denota uma crescente dependência da rede contratada para procedimentos de média e alta complexidade, o que pressiona o orçamento do FUSMA.

O Fenômeno da "Tempestade Perfeita" (2020): É crucial pontuar que a retração de 2020 não pode ser creditada exclusivamente ao vírus. A pandemia atuou sobre um sistema que já operava no limite, sob diretrizes de austeridade fiscal. O "fechamento" de agendas eletivas serviu, em certa medida, para mascarar a insuficiência de recursos de custeio naquele exercício. O sistema encolheu por necessidade sanitária, mas também por asfixia orçamentária.

No tocante às taxas de crescimento anual, apresentaremos cada uma das categorias de dados entre 2018 e 2022:

Tabela 4: Tabela comparativa – Taxa de crescimento anual.

Ano	Consultas por FT - MB	Consultas por convênios	Exames por FT – MB	Exames por Convênios	Internações por FT – MB	Internações por Convênios
2019	5,18%	-9,56%	+4,82%	+10,01%	+0,53%	+40,64%
2020	-42,67%	-18,96%	-34,24%	-26,66%	-12,95%	+4,44%
2021	+4,44%	+50,97%	+31,90%	+69,89%	+18,89%	+16,88%
2022	+13,93	+6,93%	+4,82%	-4,48%	-11,04%	+23,99%

Fonte: Elaboração própria.

Análise das Variações Significativas:

Em 2020, a pandemia de Covid-19 causou uma queda significativa nos atendimentos e exames, tanto para os realizados pela FT quanto para os

conveniados, refletindo em alterações nas demandas e capacidades do Sistema de Saúde da Marinha, como detalharemos abaixo:

Consultas ambulatoriais nas diversas especialidades de saúde

Consultas FT: Houve queda acentuada do total de consultas de – 42,67% em 2020 em relação a 2019. Isso pode ser atribuído ao redirecionamento dos recursos humanos para o combate à pandemia, além de medidas de distanciamento social e r serviços prestados diretamente pela Marinha serviços prestados diretamente pela Marinha serviços prestados diretamente pela Marinha serviços prestados diretamente pela Marinha e redução de atendimentos presenciais para minimizar a propagação do vírus.

Consultas Conveniadas: As consultas médicas realizadas em hospitais e/ou clínicas médicas conveniados também caíram, mas em menor grau, com uma redução de -18,96%. Essa queda menos acentuada pode indicar que, apesar da pandemia, ainda havia uma demanda significativa por consultas que foram canalizadas para a rede conveniada, possivelmente devido à sobrecarga dos serviços prestados diretamente pela Marinha.

Exames Complementares em geral

Exames Médicos realizados pela FT: A realização de exames complementares pela Força também foi fortemente impactada, com uma queda de – 34,24%. Isso reflete tanto a redução dos atendimentos quanto a possível priorização de exames relacionados à Covid -19, em detrimento de exames para outras condições médicas.

Exames realizados por Hospitais/Clínicas Conveniadas: Os exames realizados por terceiros também sofreram uma redução significativa, caindo -26,66%. Isso pode ser explicado por fatores como a diminuição da demanda por exames não urgentes e as dificuldades logísticas enfrentadas pelos laboratórios e centros de diagnósticos externos durante a pandemia.

Internações:

Internações em Hospitais Militares: As internações em Organização Hospitalares Militares (OMH) diminuíram -12,95%. Essa redução, embora menor em comparação com a diminuição nas consultas e exames, ainda reflete um impacto substancial, possivelmente devido ao adiamento de cirurgias eletivas e a um menor número de pacientes internados para tratar condições não relacionadas à Covid-19.

Internações em instituições Conveniadas: Diferentemente de outras categorias, as internações conveniadas não caíram em 2020. Na verdade, houve um ligeiro aumento de +4,44%. Isso sugere que, enquanto as internações na rede da Marinha diminuíram, a demanda foi parcialmente absorvida pelos hospitais conveniados, talvez devido à capacidade limitada das instalações da Marinha para lidar com a sobrecarga causada pela pandemia.

Resumo do Impacto da Pandemia em 2020 – Um achado de pesquisa

A pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo em todas as categorias analisadas de atendimentos, exames e internações em 2020. As quedas acentuadas refletem tanto as medidas de controle da pandemia quanto as mudanças nas prioridades de atendimentos, com os recursos humanos sendo redirecionados para enfrentar a emergência de saúde pública.

A maior resiliência observada nos números de internações conveniadas sugere que os serviços de saúde externos desempenharam um papel crítico em absorver parte da demanda durante a pandemia, especialmente quando os recursos humanos da Marinha estavam sobrecarregados.

Em 2021, observou-se uma recuperação substancial, especialmente nas consultas conveniadas e nos exames conveniados, com taxas de crescimento elevadas.

As internações conveniadas cresceram consistentemente, com um aumento significativo em 2019 (+40,64%) e 2022 (+23,99%), refletindo maior dependência de serviços externos.

Comparação proporcional de consultas e internações entre FT versus instituições conveniadas

Observando as proporções de consultas e internações conveniadas em comparação com o total de consultas e internações realizadas pela Força de Trabalho (FT) da Marinha do Brasil ao longo dos anos de 2018 a 2022, chegamos aos seguintes percentuais:

Tabela 5: Tabela comparativa – Consultas e Internações FT x Inst. Conveniadas

Ano	Proporção de Consultas Conveniadas	Proporção de Internações Conveniadas
2018	11,41%	19,22%
2019	9,9%	24,98%
2020	13,12%	28,54%

2021	15,12%	28,20%
2022	14,33%	35,38%

Fonte: Elaboração própria.

Análise dos dados proporcionais

A partir do acima exposto, encontramos os seguintes dados:

Consultas Conveniadas: A proporção de consultas conveniadas começou em 11,41% em 2018 e caiu ligeiramente em 2019 para 9,97%. Entretanto, houve um aumento em 2020 (13,54%), que se manteve em crescimento até 2021 (15,12%), com uma leve queda em 2022 (14,33%). Esse aumento durante a pandemia de Covid-19 (2020-2022) pode indicar uma maior dependência de serviços médicos conveniados durante períodos de sobrecarga no sistema de saúde da Marinha.

Internações Conveniadas: A proporção de internações conveniadas aumentou consistentemente ao longo dos anos, de 19,22% em 2018 para 35,38% em 2022. Esse crescimento acentuado de serviços hospitalares externos, possivelmente devido à limitação da capacidade de internação da Marinha ou uma maior confiança nos serviços conveniados para casos específicos.

A análise mostra que, tanto em consultas quanto em internações, houve um aumento na utilização de serviços conveniados, com um impacto mais acentuado nas internações. Isso pode refletir mudanças nas estratégias de gestão de saúde da Marinha, uma resposta às demandas impostas pela pandemia, ou uma combinação de ambos.

Análise proporcional de Exames realizados por instituições externas

Passaremos para a análise de proporção de exames realizados por terceiros em relação aos realizados pela própria Força de Trabalho da Marinha.

- 2018: Os exames realizados por terceiros representavam uma pequena parcela do total, com a FT sendo responsável pela grande maioria dos exames, expressos da seguinte forma:

Total de Exames: 5.924.618 e os exames por terceiros: 767.023.030 (12,95% do total).

- 2019: Houve um pequeno aumento no número de exames realizados tanto pela FT quanto por terceiros, com uma leve tendência de aumento na proporção dos exames feitos em instituições conveniadas, expressos assim: Total de Exames: 6.250.030 e exames por terceiros: 843.795 (13,50% do total).

- 2020: Durante a pandemia de Covid-19, tanto a FT quanto as clínicas conveniadas realizaram menos exames. No entanto, a redução foi mais acentuada na FT, o que pode ter aumentado a proporção dos exames realizados por terceiros, descritos da seguinte maneira: Total de exames: 4.174.204 e Exames por terceiros: 618.800 (14,82% do total).
- 2021: Os exames realizados por terceiros aumentaram significativamente, com pico de 18,31%. Isso sugere ter sido uma resposta à sobrecarga ou à necessidade de aumentar a capacidade de diagnóstico durante a recuperação da pandemia. Ademais, aponta para uma dependência dos serviços de terceiros, descritos da seguinte maneira: Total de exames: 5.740.853 e Exames por terceiros: 1.051. 287 (18,31% do total).
- 2022: Nesse ano, os números se mantiveram estáveis em relação ao ano anterior, com uma leve redução nos exames por terceiros com queda de 17,54%, mas ainda mantendo uma proporção alta em comparação aos anos anteriores, descritos da seguinte forma: Total de exames: 5.723.247 e Exames por terceiros 1.004.170 (17,54% do total).

Assim, a análise da série histórica demonstrada acima, revela uma tendência de crescimento persistente na utilização de exames realizados em clínicas conveniadas, especialmente a partir de 2020. Em 2022, essa proporção de dependência demonstrada pelos indicadores corrobora esse cenário, evidenciando uma dependência externa crescente, fenômeno este que não deve ser interpretado de forma isolada, mas como resultado de uma confluência de fatores encontrados, como: impacto da pandemia, aumento natural da demanda e, possivelmente, uma estratégia de terceirização com escopo à complementação da capacidade interna da força de trabalho.

Nesse contexto, a pandemia de Covid-19, foi identificada como catalizadora desse processo crescente de terceirização, na medida que houve uma redução nos exames realizados pela Força Naval no mesmo período. Na observação desse episódio, enquanto a crise sanitária provocou uma redução na produtividade interna, tendo em vista que os esforços foram, em grande parte, redirecionados para o enfrentamento da emergência sanitária, a rede conveniada manteve-se ativa, absorvendo a carga assistencial que era escoada. Esse transbordo de demanda pode explicar, em grande medida, a proporção elevada de exames realizados por terceiros observada nos anos subsequentes de 2021 e 2022, sugerindo que o apoio da rede

externa teve participação ativa na prestação da Assistência Médico-Hospitalar no Sistema de Saúde da Marinha.

Destarte, os dados sugerem uma tendência de aumento na proporção de exames complementares realizados por terceiros em relação aos realizados pela própria FT da Marinha do Brasil. Demonstrou ainda que, em momentos de crise ou de alta demanda, a Marinha do Brasil pode ter recorrido mais aos serviços externos para atender às necessidades de exames complementares, estando de acordo com o disposto na DGPM-401, norma atinente ao atendimento médico na Marinha do Brasil.

7.1.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO A PARTIR DAS AMOSTRAS DISPONIBILIZADAS NO ANEMAR 2018-2022

Para se chegar a dados de eficiência dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde da Marinha, sem auxílio das instituições externas, foi realizado a comparação dos números de atendimentos e exames em relação aos recursos humanos, isto é, pessoal de saúde em geral integrantes da Força Naval. A seguir apresentam-se os dados operacionais do Sistema de Saúde da Marinha para o período em questão. Esses dados constituem a base empírica utilizada para o cálculo dos indicadores de produtividade assistencial apresentados na tabela abaixo:

Tabela 6: Dados Operacionais do Sistema de Saúde da Marinha (2018–2022)

Ano	Total de Pessoal de Saúde	Consultas Médicas FT – MB	Exames FT – MB
2018	8.177	1.670.911	5.157.595
2019	8.446	1.757.418	5.406.235
2020	8.150	1.007.468	3.555.404
2021	8.035	1.336.689	4.689.566
2022	7.827	1.522.843	4.719.077

Fonte: Elaboração própria.

Destarte, podemos calcular a eficiência dividindo o total de atendimentos, composto por somatório de consultas, em todas as especialidades de saúde integrantes do SSM, realizadas pelos diversos profissionais de saúde, e

adicionalmente os exames realizados pela FT pelo número de profissionais de saúde em cada ano, desta forma é possível obter uma razão que representa o número médio de atendimentos(consultas) e exames, por profissional de saúde. Essa métrica possibilitou identificar oscilações decorrentes de fatores estruturais, conjunturais ou emergenciais, como a pandemia de Covid-19, que impactou a capacidade de atendimento em 2020.

Ressalte-se que a eficiência aqui mensurada se refere exclusivamente à produtividade assistencial média por profissional de saúde, não incorporando dimensões de qualidade, resolatividade clínica ou complexidade dos atendimentos:

Tabela 7: Indicadores de Produtividade Assistencial do SSM (2018–2022).

Ano	Média de Consultas por profissional de saúde -	Média de Exames por Profissional de Saúde
2018	≈204	≈631
2019	≈208	≈640
2020	≈124	≈436
2021	≈166	≈584
2022	≈194	≈603

Fonte: Elaboração própria.

ANÁLISE DE EFICIÊNCIA SOB A ÓTICA DOS NÚMEROS APONTADOS

- 2018 e 2019 – Nestes anos, a eficiência, em termos de consultas e exames por profissional de saúde, foi relativamente alta e estável. Em 2019, houve um pequeno aumento na eficiência tanto em consultas quanto em exames.

- 2020 (Impacto da Pandemia) – Em 2020, a eficiência caiu significativamente, especialmente nas consultas médicas, com uma média de aproximadamente 124 consultas por profissional. Isso reflete o impacto severo da pandemia de Covid-19, que provavelmente, a partir da análise com base no ANEMAR, reduziu a capacidade de atendimento e exigiu a redistribuição de recursos humanos para enfrentar a crise.

- 2021 e 2022 – Após o choque inicial da pandemia, a eficiência começou a se recuperar. Em 2021, houve uma melhora tanto nas consultas quanto nos exames, mas ainda abaixo dos níveis pré-pandemia. Em 2022, a eficiência começou a se recuperar. Em 2021, houve uma melhora tanto nas consultas quanto nos exames,

mas ainda abaixo dos níveis pré-pandemia. Em 2022, a eficiência das consultas se aproximou dos níveis de 2018, e a eficiência dos exames se manteve próxima ao nível pré-pandemia.

Por fim, apreciando os dados encontrados no ANEMAR nos anos de 2018 a 2022, observa-se que a queda na eficiência em 2020, pode ser considerada significativa e pode refletir as dificuldades enfrentadas pelo Sistema de Saúde da Marinha durante a pandemia.

Há de se falar que a partir de 2021, a eficiência começou a demonstrar uma recuperação, mas ainda havia uma diferença em relação ao período pré-pandemia, sugerindo que o SSM estava se adaptando à novas condições.

Ademais, no tocante à força de trabalho da Marinha, observou-se uma redução no número de profissionais de saúde em 2022, juntamente com a necessidade de manter ou aumentar a eficiência, sugere que melhorias na gestão de recursos humanos e estratégias para aumentar a capacidade de atendimento e diagnóstico podem ser necessárias, a fim de evitar uma lacuna assistencial que implicaria em risco de uma assistência ineficiente aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha.

Portanto, a partir de todo o exposto, apresenta-se como ponto de melhoria, que o Sistema de Saúde da Marinha pode considerar a adesão de estratégias para aumentar a capacidade de atendimento e diagnóstico com o pessoal disponível, com o uso de tecnologias de telemedicina, aprimoramento da gestão dos recursos humanos, e maior integração com provedores externos para casos em que ultrapassem a capacidade do SSM.

7.2 MÉTODO SUGERIDO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A) DO SSM

Com o objetivo a propor um modelo de Monitoramento e Avaliação (M&A) do Sistema de Saúde da Marinha, recomenda-se a adoção da Avaliação do tipo *ex post*, seguindo a abordagem da Avaliação Executiva, conforme descrito na obra referenciada do IPEA (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018). Essa metodologia permite, de maneira prática e ágil, identificar quais elementos ou processos da cadeia de valor da política apresentam maior potencial para aprimoramentos. (IDEM, 2018)

Tratando-se de material a ser utilizado para avaliação do Sistema de Saúde da Marinha, sugerimos como insumo, entre outros, o Anuário Estatístico da Marinha – ANEMAR, cuja catalogação de dados permite ter um olhar panorâmico da Marinha do Brasil com informações estatísticas da Marinha do Brasil e também das atividades do

Sistema de Saúde da Marinha produzidas pelas Organizações Militares Hospitalares (OMH) e Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM), os quais são responsáveis pela implementação da assistência em saúde aos militares e seus dependentes.

O recorte temporal foi escolhido de maneira a facilitar a análise nesta pesquisa, podendo ser estendido, conforme tenha por escolha, a ampliação do lapso temporal de avaliação em fase posterior pela gestão naval.

É importante considerar que o modelo proposto neste trabalho pode ser ajustado ou complementado com outras formas de avaliação que sejam consideradas mais adequadas pelos stakeholders. Esse processo de adaptação pode ser realizado através de discussões com os atores envolvidos na avaliação e monitoramento do Sistema de Saúde da Marinha. Como resultado desta pesquisa, sugere-se que a avaliação e o monitoramento sejam contínuos e permanentes.

Todavia, o que se pretende, não é apresentar um modelo cabal e definitivo, mas, contudo, se deseja fomentar o debate e estimular a elaboração de mais outros modelos, talvez mais robustos e que utilizem insumos não disponíveis nesta pesquisa.

Portanto, a fim de dar cumprimento ao propósito neste tópico, guiar-nos-emos pela obra Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise *ex post*, Volume 2 (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, VOL. 2, 2018).

7.3 AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

A avaliação executiva é um tipo de avaliação *ex post*, isto é, uma avaliação de uma política pública ou programa que esteja em pleno funcionamento, cujo foco é fornecer uma visão global das informações de desempenho, ao invés de uma análise minuciosa (Nota Técnica, Ipece, 2021).

Entende-se que a Avaliação Executiva do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) permitirá, inicialmente, conhecer o panorama de forma geral, a partir dos dados disponíveis do SSM, para identificação de possíveis pontos de aprimoramento na condução e execução da assistência à saúde aos militares e seus dependentes, tanto quanto, lançará luz a uma eventual necessidade de avaliação mais ampla e profunda com clareza e especificidade em determinadas áreas do sistema de saúde naval (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018).

Ainda segundo a obra referenciada, o primeiro objetivo da Avaliação Executiva é disponibilizar informações que fundamentem a condução da política pública, e assim

possa identificar possíveis fragilidades na implementação da política pública (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018).

Ademais, na mesma obra, explica que “é por meio do panorama geral estabelecido pela avaliação executiva que se pode selecionar a abordagem de análise aprofundada mais adequada e pertinente à situação corrente da política pública.” (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018, Vol. 2, p.55).

Portanto, cabe destacar a relevância do uso da Avaliação Executiva em programas ou políticas públicas, com o objetivo de buscar seu aprimoramento, conforme destacado abaixo:

Além de ser um instrumento de avaliação rápida que gera recomendações de aprimoramento para a política, a avaliação executiva permite recomendar avaliação aprofundada de abordagem focada em analisar o componente do modelo lógico que apresenta maior fragilidade. Não é possível avaliar uma mesma política pública nas mais distintas abordagens apresentadas neste guia, ou, se possível, isso pode ser ineficiente e desperdiçar recursos públicos (como os recursos humanos) analisando algo que não é relevante para a gestão da política. Assim, é por meio do panorama geral estabelecido pela avaliação executiva que se pode selecionar a abordagem de análise aprofundada mais adequada e pertinente à situação corrente da política pública. (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018, Vol. 2, p.55).

Pelos motivos apresentados, entendemos que a Avaliação Executiva tem as características necessárias para uma avaliação eficaz, rápida, geral e abrangente, além de ser viável economicamente.

Todavia, insta dizer que a avaliação não se deve pautar numa busca de “não conformidades”, mas perseguir em identificar oportunidades de melhoria, a fim de agregá-la ao próprio programa. (Rezende, et al, 2011).

7.3.1 CAMINHOS PARA A REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Para os autores da obra já referenciada (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018), o primeiro passo para a aplicação da Avaliação Executiva, conforme o manual do IPEA, é a descrição do Sistema de Saúde da Marinha. Nesta seção, não se pretende detalhar a avaliação propriamente dita, para uma apresentação completa e pormenorizada da Avaliação Executiva do SSM, colocou-se o material no Apêndice A, para posterior consulta.

7.3.2 AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM – ACHADOS DE PESQUISA

Antes de avançar na aplicação dos procedimentos propostos para a Avaliação Executiva do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), faz-se necessário explicitar que a presente pesquisa não constituiu uma avaliação externa propriamente dita. Tal delimitação decorre da insuficiência de dados públicos disponíveis, o que inviabilizou a aplicação integral de metodologias avaliativas externas, conforme delineadas no Guia de Avaliação de Políticas Públicas do IPEA (2018). Assim, o esforço analítico empreendido restringiu-se a um ensaio exploratório, fundamentado exclusivamente em informações acessíveis em bases públicas e documentos institucionais.

Destarte, por meio destes elementos apresentados no Adendo A, considerávamos que era possível ter acesso aos dados necessários e subsidiar o desenvolvimento para uma descrição geral do Sistema de Saúde da Marinha. Abaixo apresentaremos as respostas encontradas nos sites institucionais da Marinha do Brasil aos quesitos com base na Avaliação Executiva proposta (IDEM, 2018) em atenção ao primeiro passo para a Avaliação Executiva do Sistema de Saúde da Marinha.

PRIMEIRO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Para melhor compreensão repetiremos as perguntas e em seguida as respostas:

a) Nome e finalidade do Sistema de Saúde em questão? O programa objeto desta Avaliação Executiva é o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) que é composto por um conjunto integrado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e de informações, que são utilizados para garantir o desempenho eficiente de suas atividades, em conformidade com a Política de Saúde e as diretrizes estabelecidas pela Administração Naval. Dentro desse sistema, o Subsistema Assistencial é responsável por fornecer Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM em todo território nacional e sem fim lucrativo, assegurando que todos recebem os cuidados necessários (Carta de Serviços aos Usuários. DSM, 2022), e assim viabilizando, por intermédio do preparo e higiene físicos, o aprestamento da tropa naval para consecução da missão constitucional.

b) Quando o Sistema de Saúde da Marinha foi criado? Respondendo ao segundo item da Avaliação Executiva quanto à descrição do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil têm-se que sua criação remonta aos primórdios do período imperial

no Brasil. De acordo com Frutuoso e Lins Filho (ao longo dos 200 anos da Independência Revista do Clube Naval, nº 404), a assistência em saúde para os militares da Marinha e seus dependentes começou com a chegada da Família Real em 1808. Após a Independência do Brasil, Dom Pedro I promoveu a modernização do país, o que beneficiou tanto militares quanto civis. O desenvolvimento na assistência médica militar trouxe avanços sanitários, necessários para o cuidado da tropa naval. Inicialmente, os militares doentes eram tratados em casas de família abastadas, mas com a criação do Hospital Imperial de Marinha da Corte, hoje Hospital Central da Marinha, a assistência se tornou mais humanizada e eficaz.

c) O SSM é a sucessão ou a consolidação de algum sistema anterior? Em caso afirmativo, informar de quais Sistemas ela é derivada. O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) deve ser compreendido como a consolidação histórica e evolutiva das estruturas de assistência médico-militar que remontam à gênese da organização naval brasileira. Não se trata, portanto, da sucessão abrupta de sistemas descontinuados, mas do aprimoramento contínuo da antiga "Repartição do Cirurgião-Mór" (criada em 1808 com a chegada da Família Real) e das subsequentes remodelações do Corpo de Saúde da Armada Imperial e Republicana. O atual arranjo sistêmico é o amálgama dessas experiências seculares, juridicamente robustecido pelo Estatuto dos Militares (1980) e regulamentado, em sua configuração moderna de gestão descentralizada, pelo Decreto nº 92.512/1986 e suas atualizações.

d) Quais são as normas que definem o SSM? O Sistema de Saúde da Marinha é regido e definido pelas seguintes normas:

- Decreto nº 9.203/2017, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes;

- DGPM-401 (4ª Revisão-2024), norma específica da Marinha do Brasil que estabelece procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar, aos militares e seus dependentes; e a regulação para as assistências de saúde especializadas no âmbito da Marinha;

- DGPM-404 (4ª Revisão – 2023), norma específica da Marinha do Brasil que tem como propósito orientar as Organizações Militares Hospitalares (OMH) e as Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM) quanto à celebração de acordos administrativos e aos processos envolvidos nas etapas da Auditoria em Saúde no que concerne à prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH)

realizada por Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA); e

- DGPM-406 (9ª Revisão – 2023), norma da Marinha do Brasil que tem o propósito de orientar, técnica e administrativamente, os diversos Agentes Médico-Periciais (AMP) da Marinha do Brasil (MB), seja compondo Juntas de Saúde (JS) ou como Médicos Peritos Isolados (MPI) ou Médicos Peritos Isolados Qualificados (MPIQ), com o objetivo de alcançar um padrão uniforme de qualidade na realização das Inspeções de Saúde (IS) na MB.

e) Quais são as instituições públicas e privadas que participam da execução da Sistema? Para a execução do Sistema de Saúde a Marinha conta com uma rede de hospitais, policlínicas e ambulatorios que funcionam com recursos próprios, espalhados por todo território nacional. Ademais, possui uma rede suplementar ao SSM dos quais participam:

- O Hospital das Forças Armadas (HFA), em especial, para os usuários residentes no Distrito Federal, conforme art. 21 do Decreto nº 92,512/2017, por meio de convênio;

- Como também, nas localidades onde não há Organização Militar Hospitalar (OMH) ou Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM) da Marinha, as Organizações Militares Hospitalar congêneres, isto é, Organizações de Saúde do Exército Brasileiro (EB) e/ou da Força Aérea Brasileira (FAB) prestarão a Assistência Médico-Hospitalar (AMH), por meio de encaminhamento da autoridade competente de acordo com o art. 5º da norma de regência.

- E de maneira complementar, por meio de contratos ou convênios com Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE), também chamadas de Organização Civil de Saúde (OCS), como hospitais e clínicas privadas, a Assistência Médico-Hospitalar é prestada aos beneficiários do Sistema de Saúde da Marinha para os serviços médico especializados.

f) Qual a abrangência territorial do programa? A Assistência Médico-Hospitalar (AMH) é prestada pelo Sistema de Saúde da Marinha em todo o território nacional. Ademais, para os militares que se encontre em missão oficial no exterior, a AMH será prestada por Organização de Saúde Extra Marinha dos respectivos países, aos mesmos moldes da AMH prestada em território brasileiro.

A partir das respostas acima, como fechamento do primeiro passo da Avaliação Executiva do Sistema de Saúde da Marinha, conforme manual do IPEA, podemos esboçar uma descrição geral do Sistema de Saúde da Marinha.

Descrição Geral – O SSM se perfaz como um conjunto integrado de recursos humanos, financeiros, tecnológicos e informacionais que visa garantir a eficiência e a qualidade dos cuidados médicos aos militares e seus dependentes, em conformidade com a Política de Saúde e as diretrizes da Administração Naval. O SSM é constituído por um Subsistema Assistencial que oferece a Assistência Médico-Hospitalar (AMH) em todo o território nacional e a militares em missão oficial no exterior.

Criação e História – O Sistema de Saúde da Marinha remonta ao período imperial brasileiro, com a criação do Hospital Imperial de Marinha da Corte em 1808, após a chegada da Família Real ao Brasil. Durante o reinado de Dom Pedro I, a assistência médica para estabelecimento de hospitais especializados. Hoje, o Hospital Central da Marinha é o principal estabelecimento de saúde da instituição.

Consolidação e Evolução – O SSM é a continuidade e evolução de sistemas anteriores de assistência médica militar. Ele foi consolidado ao longo dos séculos, sempre visando aprimorar a qualidade dos serviços prestados à Marinha, especialmente no cuidado à saúde da tropa naval.

Normas que regulam o Sistema de Saúde da Marinha – O SSM é regido por diversas normas que garantem sua operacionalidade e a prestação de serviços médicos:

- Decreto nº 9.203/2017, que estabelece normas e condições para a assistência médico-hospitalar a militares e seus dependentes para todas as Forças Armadas. Ademais, atribui às Forças Singulares a possibilidade de normatizar as características peculiares de cada Sistema de Saúde;

- DGPM-401 (4ª Revisão-2024) – detalha os procedimentos da Marinha para assistência médico-hospitalar;

- DGPM-404 (4ª Revisão-2023) – regula a auditoria em saúde realizada nas organizações militares hospitalares; e

- DGPM-406 (9ª Revisão-2023) – orienta as inspeções de saúde na Marinha estabelecendo um padrão para perícias médicas.

Instituições envolvidas na execução – a execução do Sistema de Saúde da Marinha da Marinha envolve uma rede de hospitais, policlínicas e ambulatórios

próprios, distribuídos por todo território nacional. Além disso, o sistema conta com parcerias suplementares com outras entidades, como:

- Hospital das Forças Armadas (HFA): Principalmente para usuários no Distrito Federal;

- Organizações Militares Hospitalares (OMH) e Organizações Militares com Facilitações Médicas (OMFM) do EB ou da FAB: São unidades congêneres aos da Marinha do Brasil para prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) pelo Exército Brasileiro (EB) e pela Força Aérea Brasileira (FAB), em regiões onde não há unidades da Marinha que prestem AMH.

- Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE): Hospitais e clínicas privadas que fornecem serviços médicos especializados aos beneficiários do sistema.

Abrangência Territorial – O SSM garante a Assistência Médico-Hospitalar em todo território nacional, e para os militares em missão oficial no exterior, a AMH é prestada pelas OSE dos respectivos países, seguindo os mesmos princípios e padrões do atendimento realizado domesticamente.

Essa estrutura abrangente permite que o Sistema de Saúde da Marinha forneça cuidados médicos eficazes e contínuos, mantendo a prontidão e o bem-estar da tropa naval, além de atender a outras necessidades de saúde dos militares e seus dependentes.

g) Há “impactos cruzados” em outras rubricas, afetando positiva ou negativamente despesas e/ou receitas? Não há informações disponíveis.

A partir das respostas aos quesitos podemos compreender sob aspectos analíticos e críticos o financiamento do Sistema de Saúde da Marinha com visão ampla sobre seu funcionamento, histórico e a relação com a administração orçamentária, com foco nas questões de sustentabilidade financeira e eficiência do sistema. Contudo, não foi possível encontrar respostas a algumas perguntas com base no trabalho de referência do IPEA, pois não estiveram disponíveis em portais de consultas públicas, inviabilizando obtenção desses dados.

Assim sendo, com base nesse tópico de quesitos, o Sistema de Saúde da Marinha visa fornecer assistência médico-hospitalar (AMH) aos militares da Marinha e aos seus dependentes, tendo como objetivo assegurar o preparo físico adequado da tropa para o cumprimento das missões constitucionais. O Sistema é composto por recursos humanos, financeiros, tecnológicos, físicos e informacionais, funcionando em uma rede integrada para garantir a saúde dos usuários. A assistência médica é

prestada sem fins lucrativos, alinhada à Política de Saúde da Marinha e às diretrizes da Administração Naval.

Quanto ao histórico da criação do Sistema de Saúde da Força Naval remonta-se desde o período imperial brasileiro, com a chegada da Família Real em 1808, quando o Brasil iniciou um processo de modernização da assistência à saúde, tanto para civis quanto militares. O Hospital Imperial de Marinha da Corte, atual Hospital Central da Marinha, foi criado como um marco nesse desenvolvimento, refletindo a preocupação com o cuidado humanizado e eficaz para os militares.

Em atenção aos aspectos Orçamentários e Econômicos, não há informações específicas sobre os recursos disponíveis ou sobre a capacidade do sistema de saúde da Marinha em atender às suas demandas dentro dos parâmetros financeiros estabelecidos. No entanto, as perguntas sobre a possibilidade de reduzir gastos e os impactos cruzados são relevantes para uma avaliação crítica sobre a sustentabilidade financeira do sistema, o que não inviabiliza de a Força Naval disponibilizar tais dados, em momento ulterior para complementação e viabilizar uma análise mais aprofundada.

Tanto a viabilidade como a eficiência econômicas não foram abordadas, tendo em vista a ausência de disponibilização de informações. Essa lacuna, limita uma análise crítica sobre a eficiência dos gastos e a possibilidade de otimizar os recursos. Em sistemas de saúde, especialmente em um contexto público e sem fins lucrativos como da Marinha, é mister investigar a relação custo-benefício dos serviços prestados. A falta de discussão sobre a eficiência econômica do SSM pode indicar uma área que necessita de maior transparência e análise de indicadores financeiros.

A análise perpassa pela sustentabilidade e redução de gastos públicos no desempenho do Sistema de Saúde da Marinha, entretanto, não se deseja que essa busca seja causa de redução da qualidade dos serviços prestados como ocorre com qualquer sistema público de saúde. Nesse diapasão, reduções de custos poderiam ser feitas, a título de exemplo, por meio de aprimoramento na gestão de recursos e processos mais eficientes, mas deve-se fazer com cautela para não comprometer o atendimento aos militares e seus dependentes.

O aspecto sobre os impactos cruzados entre as despesas e receitas, embora sem informações disponíveis, tratando-se de contexto do Sistema de Saúde da Marinha, poderia trazer dados a serem explorados, pois podem ocorrer impactos financeiros cruzados quando ajustes em uma área como a da saúde afetam outras

rubricas, como a infraestrutura naval, treinamentos de pessoal ou até mesmo a manutenção de equipamentos. Uma análise mais profunda sobre como os custos do sistema de saúde interagem com outras áreas da Marinha poderia oferecer insights para otimizar o uso dos recursos de maneira holística.

Dos quesitos respondidos, numa análise crítica, pode-se concluir que o contexto histórico de criação do Sistema de Saúde da Marinha, que houve uma evolução ao longo do tempo. O desenvolvimento do SSM desde o período imperial até os dias atuais, mostra que ele é um elemento fundamental para a Marinha do Brasil, não apenas no aspecto de saúde, mas também no preparo da tropa. Contudo, não há informações disponíveis publicamente sobre como a modernização do Sistema de Saúde da Marinha tem respondido às novas necessidades da Marinha e como ele se adapta aos desafios contemporâneos de financiamento, como a escassez de recursos e o aumento das despesas com saúde naval.

SEGUNDO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Num segundo passo para se fazer a Avaliação Executiva do Sistema de Saúde Naval, deve-se realizar o diagnóstico do problema. Neste momento, há de se retomar a análise do problema e dos motivos determinantes da intervenção no SSM. Também é necessário examinar se o público-alvo impactado e sua distribuição geográfica, isto é, os usuários do Sistema de Saúde da Marinha, permanecem inalterados. (IPEA, op. cit., 2018). Ademais, os mesmos autores na obra Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex ante (IPEA, CASA CIVIL/PR, et al, 2018), apresentaram alguns itens necessários para elaboração de diagnóstico do problema, aplicáveis à programas e políticas públicas, apontados no Adendo – A.

Em atenção ao segundo passo da Avaliação Executiva do SSM, ao realizar o diagnóstico do problema de pesquisa, levando em consideração as diretrizes do Guia Prático de Análise ex ante do IPEA (2018), temos como problema de pesquisa a seguinte indagação: Como o Sistema de Saúde da Marinha pode ser aprimorado para garantir a eficiência e a qualidade da assistência médico-hospitalar (AMH) aos seus beneficiários, considerando a evolução do sistema, a cobertura geográfica, as normas vigentes e os desafios atuais de gestão e operação, especialmente frente a contextos de aumento da demanda e novas necessidades dos usuários?

Por fim, o problema de pesquisa se concentra em identificar as ineficiências e os desafios do Sistema de Saúde da Marinha e propor melhorias que possam garantir

a continuidade e a qualidade dos serviços médicos prestados, adaptando-se às necessidades emergentes dos militares e seus dependentes, tanto no Brasil quanto em missões no exterior.

TERCEIRO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

No terceiro momento da Avaliação Executiva do Sistema de Saúde da Marinha, seguindo o guia prático de análise *ex post* (Idem, 2018), os autores apontam que deve ser considerado realizar uma análise do desenho da política. Para isso, devem ser seguidos os estes aspectos:

a) Modelo lógico existente: não há informações disponíveis sobre a existência formal de um modelo lógico para o Sistema de Saúde da Marinha. Entretanto, observa-se que o SSM opera de acordo com uma estrutura padronizada, compatível com os princípios de um modelo lógico.

b) Desenvolvimento ou apresentação do modelo lógico: recomenda-se apresentar o modelo lógico do Sistema de Saúde Naval ou, caso não exista, desenvolvê-lo em conjunto com representantes do órgão gestor responsável pelo gerenciamento do Sistema de Saúde da Marinha. Apresente modelo lógico do Sistema de Saúde Naval, ou desenvolva modelo lógico em conjunto com representantes do órgão gestor pelo gerenciamento do Sistema de Saúde da Marinha.

No tocante ao modelo lógico, a obra do IPEA (Idem, 2018) apresenta-o, sendo composto por cinco elementos, quais são, insumos, processos, produtos, resultados e impactos, concatenando a lógica causal entre eles, com vistas a conseguir os resultados e impactos indicados a curto, médio e longo prazos.

Para abordarmos este ponto, com base no Guia do IPEA supracitado (Idem, 2018), foi desenvolvido, um modelo lógico a partir do material disponível a partir do Anuário Estatístico da Marinha:

Quadro 5: Modelo Lógico

Modelo Lógico	Descrição
1. Insumos	
- Recursos Humanos	Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, gestores) para atendimentos e gestão.

- Recursos Financeiros	Orçamento alocado para a operação e manutenção do SSM.
- Tecnologia e Equipamentos	Equipamentos médicos, sistemas de gestão e ferramentas tecnológicas para apoio ao atendimento.
- Normas e Regulamentos	Diretrizes e regulamento (e.g. Decreto nº 9.203/2017, normas da DGPM) que orientam os processos e a gestão.
2. Processos	
- Prestar Assistência Médico-Hospitalar (AMH)	Atendimento médico e ambulatorial a militares e dependentes.
- Gestão de Saúde da Tropa	Programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento das condições específicas da tropa.
- Treinamento e Capacitação	Formação contínua dos profissionais de saúde para garantir a qualidade do atendimento.
- Parcerias e Convênios	Estabelecimento de acordos com outras organizações militares e civis, como hospitais e clínicas privadas.
3. Produtos (outputs)	
- Assistência Médico-Hospitalar (AMH)	Serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais fornecidos aos beneficiários.
- Capacitação de Profissionais de Saúde	Programas de treinamento e aperfeiçoamento para profissionais da saúde da Marinha.
- Infraestrutura de Saúde	Equipamentos e instalações adequadas para o atendimento médico.
- Parcerias e Convênios de Assistência	Acordos com hospitais civis e outras organizações de saúde complementar o atendimento oferecido pela Marinha.

- Gestão de Recursos de Saúde	Gerenciamento de recursos financeiros, materiais e humanos para garantir a eficiência do sistema.
- Programas de Promoção e Prevenção de Saúde	Iniciativas voltadas para a saúde preventivas
- Sistemas de Informação de Saúde	Implementação de tecnologias e sistemas para o controle e acompanhamento dos serviços prestados.
- Relatórios e Auditorias de Saúde	Relatórios de desempenhos, auditorias internas e externas para avaliar a qualidade do atendimento e da gestão do SSM.
- Inspeções de Saúde	Inspeções realizadas para garantir a aptidão física dos militares.
4. Resultados (outcomes)	
- Acesso à Assistência Médico-Hospitalar (AMH)	Garantir que todos os beneficiários tenham acesso a cuidados médico com isonomia.
- Melhoria na qualidade do atendimento	Redução do tempo de espera e aumento da resolutividade nos atendimentos.
- Capacitação de profissionais	Aumento da qualificação dos profissionais de saúde da Marinha.
- Eficiência na gestão dos recursos	Uso otimizado de recursos financeiros, humanos e materiais.
- Melhoria na saúde da tropa	Aumento na prontidão operacional, com uma tropa mais saudável e preparada fisicamente.
- Redução de custos operacionais	Melhoria na gestão, resultado na redução de desperdícios e otimização de recursos.

- Fortalecimento da rede de saúde	Expansão da cobertura de saúde por meio de parcerias com outras organizações militares e civis.
- Integração de Sistemas de Saúde	Maior integração entre os serviços de saúde da Marinha e outras Forças Armadas (EB, FAB).
5. Impactos	
- Prontidão e Eficácia Operacional	Garantia de que a Marinha esteja pronta para cumprir a missão constitucional, com uma tropa saudável e bem assistida.
- Satisfação dos beneficiários	Maior satisfação dos militares e seus dependentes com a qualidade dos serviços prestados.
- Sustentabilidade do Sistema de Saúde	Estabelecimento de um sistema de saúde robusto, sustentável e adaptável às mudanças nas necessidades dos beneficiários.

Fonte: Elaboração Própria.

O Modelo Lógico elaborado para o Sistema de Saúde da Marinha organiza os recursos e atividades necessárias para garantir uma assistência médico-hospitalar de qualidade, voltada para a saúde e bem-estar dos militares e seus dependentes. Ademais, o modelo estabelece uma relação clara entre insumos, atividades, resultados e impactos, de acordo com o Guia prático do IPEA (2018), permitindo a avaliação executiva contínua da eficácia do sistema e a implementação de melhorias para garantir que o SSM cumpra sua missão de maneira eficiente e sustentável.

c) Existe cronograma para realização de medição dos indicadores no âmbito da SSM? Como isso ocorre? A medição dos indicadores presentes do SSM é mensal. Após o preenchimento pelas OMH e OMFM de planilhas elaboradas pela Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), chamadas de Boletim de Serviços Produzidos (BSP), os indicadores são encaminhados até o 5º dia útil para a DSM que faz a compilação dos dados de todo o sistema nacional.

d) Quais são os indicadores acompanhados no âmbito do SSM? Entre os indicadores do SSM estão indicadores de produtividade, com quantificação de total de atendimentos, mensurados em números absolutos com pertinência no modelo lógico com o insumo e produto; e de indicadores de taxa de ocupação de leito hospitalar com pertinência do custo-benefício com o resultado apresentado no modelo lógico. No entanto, o SSM carece de indicadores que avaliem sua efetividade, especialmente no que tange à satisfação do beneficiário. Esta pesquisa sugere a implementação de um indicador específico para essa finalidade.

e) Os indicadores encontrados corroboram as hipóteses anteriormente estabelecidas ou sinalizam fraquezas em alguma(s) das hipóteses referentes aos componentes do modelo lógico? Como já explicado, os indicadores do SSM não possuem características para medição de eficiência, eficácia e efetividade, assim as fraquezas aparecem à medida que se realiza a prestação da Assistência Médico-Hospitalar, no entanto, não se consegue mensurar. Basicamente, o Sistema de Saúde da Marinha é acompanhado por meio do Boletim de Serviços Produzidos onde se pretende acompanhar de maneira quantitativa, em números absolutos, a produtividade do SSM, incluindo a Assistência Odontológica em múltiplos aspectos, como aprazamento (prazo para agendamento de consulta/procedimentos cirúrgicos).

f) Quais são as hipóteses e a racionalidade por trás desse modelo lógico? As hipóteses e a racionalidade por trás do modelo lógico do SSM podem ser compreendidas com base nos pressupostos que fundamentam suas atividades e os resultados esperados. Elas são a base para entender como os recursos e atividades descritos no modelo devem se traduzir em produtos e resultados que, por sua vez, levarão aos impactos desejados:

No tocante às hipóteses elas são suposições fundamentais sobre o funcionamento do Sistema de Saúde da Marinha que, se confirmadas, permitem que o modelo alcance seus resultados e impactos desejados. São elas:

Hipótese 1: A disponibilidade adequada de recursos (humanos, financeiros e materiais) é essencial para operação eficiente do SSM;

Racionalidade: Se a Marinha possui profissionais capacitados, orçamento adequado e infraestrutura de saúde bem mantida, ela poderá garantir um atendimento médico-hospitalar eficaz aos militares e seus dependentes.

Hipótese 2: A integração entre os diferentes sistemas de atendimento (hospitais, clínicas, sistemas de informação, parcerias privadas, parcerias congêneres) melhora a eficiência do SSM.

Racionalidade: A colaboração entre diferentes entidades dentro e fora da Marinha, como outras forças armadas e hospitais/clínicas credenciadas, permitirá um atendimento contínuo e de qualidade. A rede de saúde será capaz de atender à grande diversidade de necessidades médicas dos beneficiários.

Hipótese 3: Programas de prevenção e promoção de saúde ajudam a reduzir o número de doenças e atendimentos médicos.

Racionalidade: Investir na prevenção como vacinação e campanhas de conscientização, pode reduzir a demanda por atendimentos médicos mais complexos, melhorando a saúde geral da tropa e diminuindo custo a longo prazo.

Hipótese 4: A capacitação contínua dos profissionais de saúde é crucial para manter a qualidade do atendimento.

Racionalidade: A constante atualização dos conhecimentos médicos e técnicos dos profissionais de saúde da Marinha garantirá que o sistema acompanhe inovações na medicina e se adapte a novas necessidades da população atendida.

Hipótese 5: O uso de tecnologias de informação (como prontuários eletrônicos e sistemas de agendamento) melhora a gestão e eficiência do SSM.

Racionalidade: Sistema de gestão e de informação mais eficientes permitirão um melhor controle dos atendimentos, redução de erros médicos, melhoria na coordenação de cuidados e otimização dos processos administrativos.

Por sua vez, a racionalidade do modelo lógico se constitui no entendimento de como a estrutura do Sistema de Saúde da Marinha, suas atividades e recursos devem ser organizados para produzir os resultados desejados. Ela está baseada nas seguintes premissas:

i) A gestão de recursos: O sucesso do SSM depende de uma boa alocação e gestão de recursos (humanos, materiais, financeiros e tecnológicos). Caso os recursos não sejam adequados ou distribuídos corretamente, a capacidade do sistema de oferecer um atendimento de qualidade será comprometida.

ii) A integração e coordenação de atividades: Para que o sistema funcione bem, é essencial que as atividades de diferentes níveis de atendimento (como hospitais, clínicas e programas de prevenção) sejam coordenadas. A parceria com

outras organizações, como hospitais privados e outras forças singulares também é importante para expandir a cobertura e garantir a eficiência do SSM;

iii) A eficiência do atendimento: O objetivo central do modelo lógico é garantir que todos os beneficiários (militares e seus dependentes) recebam a assistência médico-hospitalar necessária de forma eficiente. Isso inclui reduzir o tempo de espera (aprazamento) no agendamento de consultas e procedimentos, melhorar o acesso a cuidados especializados e garantir a resolutividade no atendimento em tempo razoável.

iv) A capacitação e atualização dos profissionais de saúde: Para que os atendimentos sejam de qualidade competitiva, os profissionais de saúde precisam estar bem treinados e atualizados sobre as melhores práticas e novas tecnologias médicas. A capacitação contínua é vista como um pilar fundamental do modelo.

v) A promoção da saúde e prevenção de doenças: Além de tratar doenças e condições médicas, o modelo lógico enfatiza a importância de programas preventivos. Eles visam reduzir a ocorrência de doenças, melhorar a saúde geral da tropa e, a longo prazo, reduzir os custos com tratamentos médicos.

vi) Uso de dados e tecnologias: O uso de sistemas de informações médicas e de gestão (como prontuários eletrônicos, telemedicina, e plataformas de agendamento) visa melhorar o controle e a eficiência do atendimento. Isso permite ao Sistema de Saúde registrar a evolução clínica da saúde dos seus membros e melhorar a resposta do sistema de saúde, na salvaguarda de dados e registro médicos.

Destarte, o modelo lógico do Sistema de Saúde da Marinha parte de hipóteses que assumem que a gestão eficiente dos recursos, a integração dos sistemas de saúde e a capacitação contínua dos profissionais resultam em um sistema de saúde mais eficaz e sustentável. A racionalidade por trás do modelo é que ao garantir esses aspectos, o SSM poderá atender com qualidade e eficiência as necessidades de saúde dos militares da Marinha e seus dependentes.

QUARTO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Em continuidade com a proposta de modelo de Avaliação *ex post* do SSM, passaremos para o quarto passo, a análise da implementação. Nesta fase, é coletado material resultado do monitoramento do Sistema de Saúde da Marinha, por meio de indicadores elaborados pelos diversos órgãos da Marinha do Brasil. Assim, seguiremos para as seguintes questões orientadoras (Idem, 2018):

g) Os serviços de saúde são efetivamente entregues aos beneficiários? Como isso tem sido acompanhado pela gestão do Sistema de Saúde? Respondendo ao quesito, de acordo com o material analisado, o acompanhamento dos serviços de saúde é feito por meio de indicadores de produtividade, estes são obtidos em número absolutos, que podem oferecer subsídios para se mensurar a eficiência e eficácia. No entanto, verifica-se uma vulnerabilidade do SSM não possuir indicadores de eficiência, eficácia e efetividade, que pudessem advir dos indicadores de produtividade, como também do Boletim de Serviços Produzidos (BSB) que são preenchidos por todas as unidades de saúde da Marinha e pelas unidades onde ocorrem atendimentos.

h) Quais são os instrumentos normativos e os procedimentos usados para a compra dos insumos utilizados na execução do SSM? Há transparência sobre esses procedimentos? Em atenção a estas perguntas, os instrumentos normativos do SSM são norteadores para a aquisição de insumos e gestão orçamentária do Sistema. São eles, em regra a aquisição de insumos utiliza-se a Lei nº14.133/2021, lei de licitação e contratos. Este procedimento de aquisição de insumos atende ao princípio da legalidade, sendo disponibilizado cópia de contrato administrativos nos portais específicos de transparência

i) Existem mecanismos de supervisão da execução do SSM para garantir o alcance de sua finalidade? A supervisão de todo o SSM é realizado pela Diretoria de Saúde da Marinha. Destarte, este acompanhamento ocorre por meio do BSP – Boletim de Serviços Produzidos, em que a Diretoria monitora a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados pelas unidades de saúde e unidade com facilidades médicas (Brasil, 2024).

j) Se o SSM possuir restrição de acesso, há mecanismos de controle da elegibilidade dos beneficiários? Esses mecanismos são efetivos? De acordo com o disposto no art. 50 do Estatuto dos Militares, o Sistema de Saúde da Marinha atende a um público elegível, os militares da Marinha e seus dependentes. Portanto, utiliza-se sistemas informatizados integrados a um banco de dados, chamado de SIGSAUDE - FUSMAWEB onde consta o cadastro de usuários do SSM. Ademais, observa-se, após contato *in loco* em uma unidade de atendimento da Marinha, que no momento do atendimento, realiza-se a checagem de verificação com o documento de identificação emitido pela Marinha do Brasil, a fim de realizar a correta identificação do beneficiário.

k) Na divulgação do SSM, as informações são efetivamente direcionadas ao público-alvo? Como? O Sistema de Saúde direciona as informações de interesse aos usuários por meio de canais de divulgação como sítio institucional da DSM e de suas OMH/OMFM. Além de fixação de panfletos nas entradas de suas unidades de saúde, onde há maior circulação de usuários, a fim de orientar acerca do SSM.

l) Há gestão de riscos na execução do Sistema de Saúde da Marinha? Se sim, essa gestão observa a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 1/2016, que dispõe sobre controle internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo Federal? Em resposta ao quesito, nesta pesquisa não foi identificada uma gestão de risco centralizada do SSM, contudo, há gestão de risco descentralizada, de acordo com a DGPM-404, documento que rege os acordos administrativos e auditoria em saúde, cabe as OMH/OMFM realizar gestão de risco, em observância as diretrizes governamentais. Nesta pesquisa considera-se uma vulnerabilidade a ausência de uma gestão de riscos centralizada do Sistema de Saúde da Marinha para coordenar e gerenciar riscos inerente ao SSM.

Por fim, após análise do material coletado resultante das questões apresentadas, revela-se que os processos organizacionais de implementação do Sistema de Saúde da Marinha estão estruturados, porém destaca-se que devem ser aperfeiçoados superando vulnerabilidades encontradas a fim de impactar não só a implementação do programa, mas como sua durabilidade e efetividade de acordo com o Guia prático do IPEA (2018). Destaca-se as seguintes vulnerabilidades:

- Falta de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade – O SSM utiliza indicadores de produtividade para acompanhar os serviços de saúde, mas carece de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade. Esses indicadores são essenciais para uma avaliação mais abrangente e precisa do desempenho do sistema.

QUINTO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Avançando para o quinto passo da Avaliação Executiva do SSM, sob a ótica do guia de análise *ex post*, publicado pela IPEA (Idem, 2018) neste ponto pretende-se examinar a estrutura da governança do Sistema de Saúde da Marinha, com o fim de identificar se há mecanismos de liderança estratégica, com ênfase no controle que viabilize o monitoramento e avaliação que guiem a gestão do Sistema de Saúde naval, com compromisso pela transparência social, nos interesses da sociedade e da boa

gestão pública. Abaixo, seguem questões norteadoras para a análise da governança do Sistema de Saúde da Marinha, proposto pela obra do IPEA (idem, 2018):

Os princípios previstos no art. 3º do Decreto nº 9.203/2017, que trata sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, são observados na governança do Sistema de Saúde da Marinha (SSM)?

A Marinha do Brasil possui uma sessão de Governança, Sustentabilidade e Inovação (iESGo) cujo conteúdo é disponibilizado no sítio eletrônico institucional por meio do qual divulga informações e análises de governança realizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU). No entanto, atinente ao SSM, nesta pesquisa não foi identificada nenhuma coordenação centralizada da DSM, sobre a política de governança do Sistema de Saúde, consistindo em uma vulnerabilidade a ser corrigida.

a) A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com o Sistema de Saúde da Marinha por meio da definição clara de suas competências e responsabilidades, e da articulação das instituições e dos processos, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público? Não foi identificada uma estrutura de governança nos moldes do Decreto nº 9.203/2017, de maneira centralizada do SSM. No entanto, a Marinha do Brasil possui gestão de governança enquanto Força Singular, disciplina pelo Decreto em comento cuja direção é realizada pelo Comandante da Marinha, este é assessorado pelo Almirantado que se perfaz num assessoramento superior da Alta Administração Naval composta pelos seguintes almirantes do último posto da carreira naval em tempo de paz: Comandante-Geral dos Fuzileiros Navais, Diretor-Geral de Desenvolvimento Nuclear e Tecnológico, Diretor-Geral de Navegação, Diretor-Geral de Pessoal, Diretor-Geral de Material, Secretário-Geral, Comandante de Operações Navais, Comandante do Estado-Maior da Marinha. Nesse formato, a gestão operacional da governança fica associada aos comandantes e diretores das organizações militares, incluindo as organizações de saúde.

b) A liderança exercida pelos gestores do Sistema de Saúde da Marinha é capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança? Sim, apesar de não possuir uma governança em saúde coordenada pela DSM e disciplinada pelo Decreto de regência, a boa governança é exercida descentralizada pelas organizações de saúde

c) A estrutura de governança permite participação social em algumas etapas da sua execução? Sim, por meio de ouvidorias do localizadas nas unidades de saúde e unidades com facilidades médicas o usuário pode realizar sugestões, reclamações

e denúncias a fim de melhorar a execução do Sistema de Saúde da Marinha (Brasil, 2024). No entanto, não foi identificado nenhum mecanismo de participação social de forma a prevenir e escutar o público-alvo dos programas de saúde, restando a indicação de que assim se implemente.

SEXTO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Destarte, avançamos para o sexto passo da Avaliação Executiva do SSM, a análise dos resultados. Nesse ponto, espera-se que a análise dos indicadores qualitativos e a observação dos indicadores quantitativos de resultados sirvam como parâmetros para o acompanhamento da intervenção. (Idem, 2018). A seguir veremos algumas questões orientadoras para análise dos resultados:

a) Entre os indicadores apresentados para o monitoramento do SSM, são acompanhados indicadores qualitativos? Se sim, quais são eles e como evoluíram nos últimos anos? Não foram identificados indicadores de qualidade no material disponível. Portanto, é uma vulnerabilidade identificada no SSM.

b) Quanto aos indicadores mencionados acima, os resultados previstos foram alcançados? Por quê? Não se aplica.

c) Há alguma forma de o usuário final do SSM enviar retorno sobre o serviço recebido? Se sim, que forma é essa? O SSM utiliza o canal de comunicação por meio da Ouvidoria, onde o usuário pode expressar espontaneamente seus elogios, críticas ou reclamações. É importante salientar que conforme inciso I do art. 6º da Lei nº 13.460/2017, é garantido que os usuários de serviços públicos têm o direito de participação no acompanhamento da prestação e avaliação desses serviços (Idem, 2018). Destarte, pontua-se como uma vulnerabilidade do SSM, carecendo de criação de uma comissão de usuários para contribuir para o aperfeiçoamento do sistema com um olhar do grupo alvo de todo o esforço do SSM. Ademais, sugere-se a utilização de mecanismos de comunicação do tipo de feedback, com uso de pesquisa de satisfação do paciente/cliente por meio de ferramenta do tipo formulário ou por meio de software, para que assim possa mensurar o alcance da efetividade.

SÉTIMO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Em continuidade, chegamos no sétimo passo da Avaliação Executiva, nos termos indicados pela obra referenciada. Trata-se de análise de impactos, que consiste em verificar se há evidências de que ela atinge os objetivos previamente

estabelecidos, de acordo com os indicadores quantitativos do modelo lógico, com ênfase nas colunas de resultados e impactos da matriz de indicadores. (Idem, 2018). Para a realização desta etapa da avaliação executiva, é proposto algumas questões para nortear a verificação:

a) Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais sobre o Sistema de Saúde da Marinha?

a.1) Se não houver:

- Há bases de dados disponíveis sobre o Sistema de saúde da Marinha?

Sim, as bases de dados são informatizadas e dados estatísticos mensalmente encaminhados para a Diretoria de Saúde da Marinha. Existem informações sobre os beneficiários antes e depois da intervenção no Sistema de Saúde da Marinha? Não há uma base de coleta de dados sobre os beneficiários que possa coligar informações de antes e depois da intervenção.

- Há informações nas bases de dados de candidatos a beneficiário do SSM que não foram atendidos, de modo que essas informações poderiam ser utilizadas como grupo de controle para comparação com os atendidos pelo SSM? Não há uma base de dados de candidatos a beneficiário do SSM que não foram atendidos.

b) Há viabilidade de realizar avaliação de impacto do SSM? Sim, no entanto, exige um esforço de participação da alta gestão do SSM, pois a avaliação de impacto do SSM pode fornecer insights sobre a eficácia e eficiência do SSM, ademais pode identificar áreas de melhoramentos a fim de conceder informações com vistas ao aprimoramento dos serviços de saúde prestados aos militares e seus dependentes.

OITAVO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Na penúltima etapa da Avaliação Executiva, sugerida nesta pesquisa, e de acordo com a obra do IPEA (Idem, 2018), temos a análise da execução das despesas orçamentárias e dos subsídios da União. O Sistema de Saúde da Marinha é financiado em maior parte pela dotação orçamentária destinada para a Força Naval e por contribuições mensais obrigatórias dos militares para custeio da assistência médico-hospitalar (AMH), conforme estabelecido no Decreto nº 92.512/86. Para a execução desta etapa da avaliação executiva, são propostas (Ibidem, 2018) algumas questões para orientar a verificação:

a) Qual é o orçamento do programa? Não foi possível obter dados disponibilizados sobre o orçamento do SSM

b) A execução orçamentária foi realizada conforme o planejado? Não foi possível obter dados disponibilizados sobre o orçamento do SSM

c) Qual o montante de renúncia ou benefício creditício observado (se aplicável)? Não foi possível obter tal informação.

d) Houve modificações relevantes na renúncia ou no montante de benefício creditício ao longo do tempo? Não foi possível obter tal informação.

e) O montante da dotação orçamentária é suficiente para os objetivos pretendidos? Não foi possível obter tal informação.

f) O sistema de saúde da Marinha é realizado a custos razoáveis (economicidade)? Não foi possível obter tal informação.

g) É possível reduzir gastos no Sistema de Saúde da Marinha sem afetar o nível de bens e serviços ofertados? Não foi possível obter tal informação.

h) Há “impactos cruzados” em outras rubricas, afetando positiva ou negativamente despesas e/ou receitas? Não foi possível obter tal informação.

Assim, estas questões apresentadas podem viabilizar uma análise descritiva e crítica do financiamento do Sistema de Saúde da Marinha.

NONO PASSO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Por fim, o último passo apresentado no guia de avaliação *ex post* em referência, são os *insights* sobre eficiência e economicidade do gasto no Sistema de Saúde da Marinha. Destarte, espera-se que os gestores levem em consideração as questões relativas à eficiência e à economicidade do gasto em relação ao custo-benefício na assistência médico-hospitalar. Por este motivo, deve-se pontuar que métodos de mensuração da eficiência, podem ser ferramentas essenciais na gestão do SSM. No entanto, não foi possível obter a informação que permitiria responder os quesitos abaixo:

Questões que podem orientar sobre eficiência do SSM:

a) O custo por produto no SSM está muito diferente daquele observado nos modelos análogos considerados de excelência?

b) A despesa planejada por beneficiário está muito diferente da realizada?

c) Há Sistemas de Saúde similares com relação produto-insumo muito diferente?

d) No Sistema de Saúde em questão, há uma diversidade muito grande na relação produto-insumo entre os entes que a ofertam?

e) Se possível, ou se já houver estimativas, comparar indicador de retorno econômico da política (custo-benefício ou custo-efetividade, por exemplo) com o de Sistemas de Saúde alternativas que atuam sobre o mesmo problema.

Para responder às questões propostas, é necessário, sempre que possível, realizar uma análise de dois aspectos: i) o gasto total do programa por produto (custo unitário do produto); e ii) o gasto total por beneficiário (custo unitário por beneficiário), sem, contudo, olvidar de que as análises do indicador e do alcance dos objetivos, devem manter compatibilidade com o contexto em que são examinadas. (Idem, 2018).

Portanto, como recomendação final para a realização da Avaliação executiva do Sistema de Saúde da Marinha, seguindo as diretrizes do guia de avaliação *ex post* (idem, 2018), trazemos à baila que a referida Avaliação, como modelo sugerido e apresentado no presente trabalho, deve seguir os passos delineados nos parágrafos anteriores, a fim de sistematizar o SSM, conceitualmente, e clarificar como ela é implementada.

Ademais, a reboque do exposto, apontar quais são os seus indicadores e evidências, pode revelar o objetivo da avaliação do SSM e estabelecer conclusões sobre o seu desempenho global, a fim de apresentar possíveis recomendações de aprimoramento. Além disso, ao final da avaliação, é possível que se desencadeie um aprofundamento da avaliação realizada, por meio de uma abordagem mais específica, com a perspectiva de que os resultados dessa avaliação sejam mais elaborados e possam contribuir de forma significativa para a melhoria do Sistema de Saúde da Marinha. (Idem, 2018).

Ao longo do percurso desta pesquisa, precisamente neste tópico, foi percebido que, esse ensaio de Avaliação do SSM, com claro desejo de contribuir para o aprimoramento de políticas públicas e atender ao propósito deste trabalho, a realidade se impôs de maneira indelével. A insuficiência de dados públicos foi determinante para tornar insuficiente qualquer tentativa de Avaliação Externa. Sobretudo, pela sua especificidade e característica, o que se torna este achado relevante para a pesquisa. Ademais, aquilo que num primeiro momento, se apresentou com um obstáculo, passou a ter valor próprio – entender que somente avaliadores internos, com acesso direto e autorizado às bases de dados institucionais, possuem condições reais para

realizar uma avaliação aprofundada e contribuir desta forma, para o aperfeiçoamento do SSM.

Assim, esse achado longe de ser encarado como uma frustração, foi recebido como parte do próprio processo de descoberta. Ele põe luz sobre a necessidade de pensar e refletir, sobre os desafios que envolvem a produção de conhecimento a partir das instituições militares, revestidas de sua natureza estratégica, seus regramentos de sigilo e sua cultura de resguardo. Essa abordagem aponta para uma lógica interna que precisa ser compreendida dentro de seu próprio ambiente castrense. Destarte, o reconhecimento que a Avaliação do SSM, de forma robusta, só é possível por mãos internas não diminui o valor deste trabalho.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES ESTRATÉGICAS

A soberania de uma nação não se sustenta apenas pela pólvora de seus canhões, mas pela higidez de seus combatentes. A análise conduzida ao longo desta pesquisa confirmou que o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) transcende a função de mero benefício corporativo; ele é um ativo logístico de prontidão, essencial para que a Força Naval cumpra sua missão constitucional de defesa da Pátria.

Retomando o problema de pesquisa e os objetivos traçados, este estudo não se limitou a descrever a estrutura assistencial. Buscou-se, através de uma aplicação exploratória de ferramentas de Monitoramento e Avaliação (M&A), diagnosticar a eficiência desse arranjo institucional frente aos desafios contemporâneos de restrição orçamentária e pressão de demanda.

8.1. DO DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO E LIÇÕES APRENDIDAS

A análise dos dados do ANEMAR (2018-2022) revelou que a "tempestade perfeita" de 2020 — a combinação da pandemia de Covid-19 com políticas de austeridade fiscal — expôs a fragilidade da capacidade instalada própria. A queda vertiginosa da produtividade interna e o consequente transbordo de demanda para a rede conveniada indicam que a sustentabilidade do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) depende, cada vez mais, de uma gestão híbrida eficiente, e não apenas do aumento de efetivo.

As experiências internacionais comparadas (EUA, Portugal e Espanha) corroboraram essa leitura, demonstrando que a tendência global é a racionalização de meios e a integração de redes, caminhos que o Brasil ainda trilha de forma incipiente.

8.2. DA CONTRIBUIÇÃO PARA A LITERATURA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MILITAR

Do ponto de vista acadêmico, este trabalho preenche uma lacuna histórica na literatura nacional. Ao aplicar metodologias civis de gestão — como a Avaliação Executiva do IPEA e a Análise de Eficiência (DEA) — ao contexto militar, a dissertação rompe com o isolamento tradicional dos estudos de defesa. Demonstra-se que a "singularidade" das Forças Armadas não as isenta do escrutínio técnico e da busca por eficiência republicana. O estudo oferece, assim, um arcabouço metodológico para

que futuros pesquisadores analisem a eficiência em organizações militares sob a ótica das Políticas Públicas baseadas em evidências.

8.3. DA APLICABILIDADE INSTITUCIONAL: O LEGADO PARA A MARINHA E O MINISTÉRIO DA DEFESA

Para a Marinha do Brasil e o Ministério da Defesa, os resultados aqui apresentados constituem ferramentas de gestão de pronto uso. O modelo de Avaliação Executiva proposto e o *Policy Brief* elaborado (Apêndice B) entregam aos gestores da Diretoria de Saúde:

1. Diagnóstico de Gargalos Alcativos: A identificação de que a ineficiência não é apenas fruto da pandemia, mas de processos de trabalho que precisam de revisão.
2. Instrumento de Governança: Um roteiro prático para transitar da cultura de "controle de conformidade" (auditoria contábil) para a cultura de "avaliação de desempenho" (auditoria de resultados). O trabalho serve como subsídio técnico para que a Alta Administração fundamente suas demandas orçamentárias junto ao Governo Central, não apenas na necessidade estratégica, mas em métricas de eficiência comprovada.

8.4. DA RELEVÂNCIA PARA O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (ENAP)

Por fim, esta dissertação materializa a missão do Mestrado Profissional da ENAP: conectar o rigor científico à resolução de problemas reais do Estado. Ao trazer um desafio concreto do "chão de convés" — a dificuldade de medir a eficiência do SSM — e tratá-lo com o rigor metodológico das Ciências Sociais Aplicadas, o trabalho reforça a tese de que a Defesa Nacional é, antes de tudo, uma Política Pública que deve entregar valor à sociedade. Como integrante da Força Naval, este autor devolve à Administração Pública um produto que visa a otimização do gasto e a melhoria do serviço prestado à família naval.

Palavras Finais

O estudo da história nos permitiu compreender o passado; a análise dos dados nos permitiu diagnosticar o presente. Fomenta-se, agora, à Gestão Naval que pondere utilizar as ferramentas de M&A para desenhar o futuro. Um futuro em que o Sistema

de Saúde da Marinha continue sendo, a um só tempo, um porto seguro para a família naval e um farol de eficiência para o Estado brasileiro.

8.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho não teve a pretensão de exaurir a temática da saúde militar, reconhecendo, desde sua concepção, a complexidade inerente ao objeto de estudo. A análise do Sistema de Saúde da Marinha insere-se em um campo marcado por múltiplas variáveis operacionais, institucionais e estratégicas, relacionadas às especificidades da atuação militar em diferentes ambientes — terra, mar, ar e operações subaquáticas —, o que impõe condicionantes relevantes.

Entre as principais limitações, destacam-se as restrições temporais e institucionais, bem como a disponibilidade limitada de dados públicos sensíveis, característica recorrente em políticas públicas de natureza estratégica vinculadas à Defesa Nacional. Embora existam produções acadêmicas dedicadas ao Sistema de Saúde da Marinha, trata-se de um campo de investigação ainda pouco explorado sob a ótica da Avaliação e do Monitoramento de Políticas Públicas, o que restringe o diálogo empírico com estudos similares no contexto nacional.

A limitação de acesso a bases de dados detalhadas, especialmente aquelas relacionadas a custos, efetividade e impacto, impôs restrições à realização de avaliações externas mais robustas. Contudo, essa limitação não se configurou apenas como obstáculo metodológico, mas como um achado relevante da pesquisa, ao evidenciar os desafios estruturais à institucionalização de práticas avaliativas em sistemas de saúde militares, nos quais a transparência deve ser equilibrada com requisitos de segurança institucional.

Nesse sentido, a experiência internacional, como a observada no Reino da Espanha, indica que é possível ampliar a transparência de dados em áreas de defesa sem comprometer a segurança nacional, desde que observados critérios adequados de governança da informação. Tal referência não constitui modelo normativo, mas ilustra a viabilidade de avanços incrementais na disponibilização de informações públicas, em consonância com o princípio da publicidade administrativa.

Adicionalmente, observa-se a escassez de estudos que articulem de forma sistemática políticas públicas e programas de saúde voltados a públicos específicos, como o militar. Embora haja ampla literatura sobre políticas públicas em áreas como moradia, saneamento, segurança e saúde de grupos populacionais diversos, são raras as análises que examinam a saúde militar como política pública setorial integrada à Política Nacional de Defesa. Ao adotar esse recorte, o presente estudo busca contribuir para o preenchimento parcial dessa lacuna.

Este capítulo, portanto, explicita os condicionantes e limites da pesquisa, oferecendo elementos para a correta interpretação dos resultados apresentados e reforçando a necessidade de abordagens avaliativas progressivas e institucionalmente aderentes ao contexto do Sistema de Saúde da Marinha.

8.6. MUDANÇA DE ABORDAGEM DURANTE A PESQUISA

Inicialmente, a pesquisa tinha como escopo a proposição de diretrizes para a unificação dos sistemas de saúde militar no Brasil, sob coordenação do Ministério da Defesa. A hipótese preliminar de trabalho considerava que a integração das estruturas assistenciais das Forças Armadas poderia, em tese, gerar ganhos de economicidade, por meio do compartilhamento de capacidades instaladas, especialidades médicas e infraestrutura tecnológica, reduzindo a dependência de prestadores privados credenciados.

Entretanto, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, a complexidade do tema, associada à escassez de dados públicos disponíveis e às limitações operacionais para aprofundamento empírico, evidenciou a necessidade de redefinição do foco analítico. A manutenção da proposta inicial exigiria um volume de informações e um nível de acesso institucional incompatíveis com os meios disponíveis no contexto da pesquisa acadêmica.

Diante desse cenário, optou-se por reorientar a investigação para a análise do Sistema de Saúde Militar — com ênfase no Sistema de Saúde da Marinha — enquanto política pública setorial em funcionamento, adotando como referencial analítico os instrumentos de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas. Essa mudança permitiu concentrar esforços na compreensão do desempenho, da governança e dos desafios estruturais do sistema existente, à luz de dados institucionais acessíveis e metodologias consolidadas na literatura especializada.

Ressalta-se que essa redefinição não implica redução da relevância do objeto de estudo. Ao contrário, a análise do Sistema de Saúde da Marinha como política pública estratégica, articulada à Política Nacional de Defesa, revela-se particularmente pertinente diante da escassez de abordagens avaliativas nesse campo e da centralidade da saúde militar para a prontidão operativa e a capacidade estatal.

A abordagem final adotada mostrou-se mais compatível com os objetivos da pesquisa, ao permitir examinar o Sistema de Saúde da Marinha de forma analítica e

aplicada, estruturando caminhos viáveis para a utilização incremental de instrumentos de Avaliação Executiva, conforme discutido no Capítulo 7 e sistematizado no Apêndice A.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Carlos Wellington de. Política de defesa no Brasil: considerações do ponto de vista das políticas públicas. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, 2010. Disponível em: https://www.cesop.unicamp.br/vw/110jHMDM_MDA_3f586_/v16n1a09.pdf. Acesso em: 29 jul. 2024.

ARAÚJO, Edicarlos André Cavalcante de. **A promoção de saúde e a prevenção de doenças em apoio à sustentabilidade financeira do sistema de saúde do Exército, considerando as vertentes operacional e assistencial**. Trabalho de Conclusão de Curso (Altos Estudos Militares) – Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/123456789/9620>. Acesso em 05 Dez. 2023.

BAHIA, Lígia et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 2, e00033122, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00033122.

BECKER, Evaldo. Críticas de Rousseau ao *Jus Ad Bellum* e ao *Jus in Bello* de Hugo Grotius. **Trans/Form/Ação**, v. 38, n. spe, p. 139–152, 2015. DOI: 10.1590/S0101-317320150004000012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-317320150004000012>. Acesso em: 27 jul. 2024.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução de João Ferreira de Almeida. 2. ed. Rev. e atual. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Congresso Nacional. **Decreto Legislativo nº 61, de 2024**. Aprova os textos da Política Nacional de Defesa (PND), da Estratégia Nacional de Defesa (END) e do Livro Branco de Defesa (LBDN). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/copy_of_estado-e-efesa/pnd_end_congresso.pdf. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 24.557, de 3 de julho de 1934**. Promulga o Tratado de Renúncia à Guerra, assinado em Paris em 27 de agosto de 1928. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 7 jul. 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24557-3-julho-1934-549207-publicacaooriginal-64587-pe.html>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto Imperial de 9 de dezembro de 1833**. Manda observar o Regulamento desta data para o hospital da Armada e corpo da artilharia da Marinha. Rio de Janeiro: Império do Brasil, 1833. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret_sn/1824-1899/decreto-37873-9-dezembro-1833-565360-publicacaooriginal-89156-pe.html. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 42.121, de 21 de agosto de 1957.** Promulga as Convenções concluídas em Genebra, a 12 de agosto de 1949, destinadas a proteger as vítimas da guerra. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d42121.htm. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986.** Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d92512.htm. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 5.484, de 30 de junho de 2005.** Aprova a Política de Defesa Nacional e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/decreto/d5484.htm. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.** Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6880.htm. Acesso em: 1 jul. 2023.

BRASIL. **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). Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Ato2019-2022/2019/Lei/L13954.htm. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. **Guia do usuário SARAM.** Rio de Janeiro: DIRSA/SARAM, 2013. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/hfag/images/PDF/Guia-do-Usuario-SARAM-2013.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Exército Brasileiro. Diretoria de Saúde. **Histórico da Diretoria de Saúde.** Disponível em: <http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/historico>. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: Normas para a Assistência Médico-Hospitalar.** 7. rev. Rio de Janeiro: DGPM, 2012.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **Carta de serviços ao usuário.** 3. ed. Rio de Janeiro: DSM, 2022. Disponível em: https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br/dsm/files/carta_de_servicos_ao_usuario_-_3a_edicao.pdf. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. **Portaria nº 36, de 24 de fevereiro de 2022.** Aprova o Regulamento da Diretoria de Saúde da Marinha. Brasília, DF: MB, 2022.

BRASIL. Marinha do Brasil. Secretaria-Geral da Marinha. **Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR): 2018–2022.** Brasília, DF: SGM, 2023.

BRASIL. Ministério da Defesa. **Conheça o Hospital das Forças Armadas**. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/hfa/conheca-o-hfa>. Acesso em: 21 jul. 2025.

CARVALHO, Roosevelt Louback de. **Forças Armadas brasileiras e o modelo de remuneração na assistência em saúde baseado em valor**. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 2020. Disponível em: <https://repositorio.esg.br/bitstream/123456789/1196/1/CAEPE.86TCCVF.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2024.

CHARRUA, B. **Reestruturação das carreiras médico-militares na Força Aérea**. 2008. Trabalho de Investigação Individual – Instituto de Estudos Superiores Militares (IESM), Lisboa, 2008. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12183>. Acesso em: 14 dez. 2023.

COPPOLA, M. Nicholas *et al.* Military Health System efficiency: a review of history and recommendations for the future. **Military Medicine**, [S. l.], v. 177, n. 6, p. 686-692, jun. 2012. DOI: 10.7205/MILMED-D-11-00339.

CORRÊA, Lenilton Duran Pinto; BONDARCZUK, Benjamin Achilles. Formulação de políticas setoriais em Defesa Nacional e Segurança: a gestão de propriedade intelectual e inovação nas Forças Armadas. **Revista Militar de Ciência e Tecnologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 9-23, 2021. Disponível em: <https://ebrevistas.eb.mil.br/index.php/RMM/article/download/525/615/>. Acesso em: 29 jul. 2024.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.

ESPANHA. *Ministerio de Defensa*. **Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas**. Disponível em: <https://www.defensa.gob.es/fuerzasarmadas/cc/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

ESPANHA. *Ministerio de Defensa*. **Despacho DEF/1766/2007**, de 13 de junho, que desenvolve o enquadramento, organização e funcionamento da Unidade Militar de Emergência. Boletim Oficial do Estado, n. 145, 18 jun. 2007. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-11932>. Acesso em: 14 dez. 2023.

ESPANHA. *Ministerio de Defensa*. **Unidade Militar de Emergência (UME)**. Disponível em: https://www.defensa.gob.es/ume/CONOCENOS/Bienvenida_del_General/. Acesso em: 14 dez. 2023.

ESTADOS UNIDOS. *Defense Health Agency*. **Military Health System: domestic health**. [S. l.]: DHA, [s.d.]. Disponível em: <https://health.mil>. Acesso em: 21 jul. 2024.

FIOCRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. **Hospital da Armada e Corpo de Artilharia da Marinha**. In: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em:

https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/wiki_dicionario/index.php/HOSPITAL_DA_ARMADA_E_CORPO_DE_ARTILHARIA_DA_MARINHA. Acesso em: 29 nov. 2023.

FRUTUOSO, Regis Augusto Maia; LINS FILHO, Antonio Jatoba. O sistema de saúde da Marinha: ao longo dos 200 anos da independência. **Revista do Clube Naval**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 404, p. 34-39, 2022. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/clubenaval/article/view/3698>. Acesso em: 28 nov. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex post*, volume 2. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8853>. Acesso em: 21 jul. 2025.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014. DOI: 10.18222/ea255820142958.

KNILL, Christoph; TOSUN, Jale. **Public policy: a new introduction**. 2. ed. London: Red Globe Press; Palgrave Macmillan, 2020. E-book. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/_/YftGEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1. Acesso em: 14 dez. 2024.

OECD. **Behavioural insights and public policy: lessons from around the world**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: https://read.oecd-ilibrary.org/governance/behavioural-insights-and-public-policy_9789264270480-en#page2. Acesso em: 27 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Carta das Nações Unidas**. 1945. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1945%20Carta%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Health indicators: conceptual and operational considerations**. Washington, D.C.: PAHO, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49056>. Acesso em: 11 mar. 2024.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 167/2005**. Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas. Diário da República, Lisboa. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2005-67271363>. Acesso em: 2 dez. 2023.

PORTUGAL. Ministério da Defesa Nacional. **Administração**. Disponível em: <https://www.defesa.gov.pt/pt/adefesaeuu/adm>. Acesso em: 21 jul. 2025.

PORTUGAL. Ministério da Defesa Nacional. **Sistema de Saúde Militar**. Disponível em: <https://www.defesa.gov.pt/pt/defesa/dn/da/ssm>. Acesso em: 21 jul. 2025.

REZEK, Francisco. **Direito Internacional Público**: curso elementar. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2025.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. DOI: 10.1590/S1517-45222006000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

SUPPO, Hugo Rogelio. Pacto Briand-Kellogg. In: ABREU, Alzira Alves de (Coord.). **Dicionário histórico-biográfico da Primeira República (1889-1930)**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/PACTO%20BRIAND-KELLOG.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2023.

TANIELIAN, T; FARMER, C. The US *Military Health System: promoting readiness and providing health care*. **Health Affairs**, [S. l.], v. 38, n. 8, p. 1259-1267, 2019. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.00286.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8095>. Acesso em: 14 dez. 2023.

WERNECK, C. A. *et al.* Os desafios de institucionalização das avaliações no sistema de monitoramento e avaliação de políticas públicas de Minas Gerais. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 4., 2011, Brasília. **Anais...** Brasília: CONSAD, 2011. p. 1-18.

APÊNDICE A – PROPOSTA DE INSTRUMENTAL ANALÍTICO PARA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO SSM

Este Apêndice tem por finalidade sistematizar, de forma exploratória e analítica, os principais caminhos metodológicos para a aplicação da Avaliação Executiva ao Sistema de Saúde da Marinha (SSM), tomando como referência os guias de avaliação de políticas públicas elaborados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela Casa Civil da Presidência da República (IPEA; CASA CIVIL/PR et al., 2018).

Ressalta-se, desde logo, que não se trata da realização de uma Avaliação Executiva propriamente dita, tampouco de proposição normativa ou plano de implementação institucional. O objetivo é demonstrar a aplicabilidade do referencial de Monitoramento e Avaliação (M&A) ao contexto do SSM, por meio da adaptação conceitual e metodológica dos instrumentos sugeridos pelo IPEA a um programa público setorial de natureza militar.

1. CARACTERIZAÇÃO E IDENTIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

Conforme orienta o Guia de Avaliação ex post do IPEA, o ponto de partida da Avaliação Executiva consiste na descrição e delimitação do programa ou política pública, de modo a estabelecer sua identidade institucional e seus contornos analíticos.

No caso do Sistema de Saúde da Marinha, essa etapa envolve a caracterização de sua finalidade, histórico de criação, fundamentos normativos, arranjos institucionais e abrangência territorial, permitindo situá-lo no interior da ação estatal e distingui-lo de outros modelos de provisão de serviços de saúde.

Nesse sentido, a descrição do SSM pode ser orientada por questões analíticas como:

- denominação e finalidade institucional do sistema;
- contexto histórico de sua criação e evolução;
- eventual sucessão ou consolidação de arranjos assistenciais anteriores;
- arcabouço normativo que o rege;
- instituições públicas e privadas envolvidas em sua execução;
- abrangência territorial e público atendido.

Essa etapa cumpre função essencial de delimitação do objeto avaliativo, fornecendo as bases para as análises subsequentes.

2. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA PÚBLICO

O segundo momento da Avaliação Executiva refere-se ao diagnóstico do problema público que fundamenta a existência e a manutenção da política analisada. No caso do SSM, trata-se de examinar as razões que justificam a intervenção estatal no campo da assistência médico-hospitalar militar e verificar se essas razões permanecem válidas no contexto contemporâneo.

Segundo o IPEA (2018), essa etapa envolve a análise:

- da natureza e das causas do problema enfrentado;
- das evidências empíricas disponíveis, em âmbito nacional e, quando pertinente, internacional;
- da caracterização do público-alvo e de sua distribuição geográfica;
- do alinhamento da política a compromissos e diretrizes estratégicas mais amplas;
- das alternativas já adotadas, em curso ou descontinuadas, para enfrentar o problema;
- das razões que legitimam a intervenção estatal.

No caso do SSM, esse diagnóstico permite situar a assistência à saúde militar como componente estratégico da capacidade estatal no campo da defesa, indo além de uma lógica estritamente assistencial.

3. ANÁLISE DO DESENHO DA POLÍTICA E DO MODELO LÓGICO

A terceira etapa consiste na análise do desenho da política pública, com especial atenção à existência — explícita ou implícita — de um modelo lógico que articule insumos, processos, produtos, resultados e impactos.

O Guia do IPEA recomenda verificar:

- se há modelo lógico formalmente elaborado;
- a coerência entre os componentes do modelo;
- os pressupostos e hipóteses que sustentam a lógica causal da intervenção;
- a existência e adequação dos indicadores associados a cada componente.

Caso inexista modelo lógico formalizado, a Avaliação Executiva pode contribuir para sua reconstrução analítica, em diálogo com gestores e documentos institucionais, como instrumento de aprimoramento da governança e do monitoramento do sistema.

4. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO

A análise da implementação busca examinar como a política pública se materializa na prática, a partir de seus arranjos organizacionais, normativos e operacionais. No contexto do SSM, essa etapa envolve a observação do funcionamento dos processos assistenciais, dos mecanismos de contratação e aquisição de insumos, bem como dos instrumentos de supervisão e controle.

De acordo com o IPEA (2018), a análise da implementação pode ser orientada por questões como:

- a efetiva entrega dos serviços ao público-alvo;
- os mecanismos de acompanhamento e supervisão;
- a transparência dos procedimentos de aquisição;
- os critérios e controles de elegibilidade;
- as estratégias de comunicação com os beneficiários;
- a existência de práticas de gestão de riscos e controles internos.

Essa etapa permite identificar gargalos, fragilidades e boas práticas, contribuindo para o aperfeiçoamento da execução da política.

5. ANÁLISE DA GOVERNANÇA

A análise da governança examina a capacidade do arranjo institucional de orientar, coordenar e controlar a política pública, assegurando a geração de valor público, a transparência e a responsabilização.

No caso do SSM, essa análise pode considerar:

- a aderência aos princípios de governança previstos no Decreto nº 9.203/2017;
- a clareza na definição de competências e responsabilidades;
- a articulação entre os diferentes atores institucionais;
- o papel da liderança estratégica;
 - a existência de mecanismos de participação e controle social compatíveis com a natureza do sistema.

A governança constitui elemento central para a sustentabilidade e a efetividade de políticas públicas complexas e de alta intensidade de recursos.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A etapa de análise dos resultados concentra-se na verificação do alcance dos objetivos intermediários da política, a partir do acompanhamento de indicadores quantitativos e qualitativos.

Segundo o IPEA (2018), essa análise deve observar:

- a evolução dos indicadores de resultados;
- o grau de alcance das metas estabelecidas;
- os fatores que explicam eventuais desvios;
- os mecanismos de escuta e retorno dos usuários.

Destaca-se, nesse ponto, a relevância do direito dos usuários à participação no acompanhamento e avaliação dos serviços públicos, conforme previsto na Lei nº 13.460/2017.

7. ANÁLISE DE IMPACTOS

A análise de impactos busca verificar se a política produz efeitos mensuráveis e atribuíveis à intervenção estatal, especialmente nos médio e longo prazos.

No caso do SSM, essa etapa envolve examinar:

- a existência de avaliações de impacto prévias;
- a disponibilidade e qualidade das bases de dados;
- a viabilidade metodológica de análises comparativas;
- a necessidade ou não de novas avaliações de impacto.

Trata-se de uma etapa de maior complexidade técnica, cuja realização depende de condições institucionais, informacionais e metodológicas específicas.

8. ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA, EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE

As etapas finais da Avaliação Executiva concentram-se na análise do financiamento, da execução orçamentária e da eficiência do gasto público. No contexto do SSM, essa análise envolve a articulação entre recursos orçamentários da União e contribuições obrigatórias dos beneficiários.

O referencial do IPEA sugere examinar:

- o volume e a composição do orçamento;
- a aderência da execução ao planejamento;
- a suficiência dos recursos;
- a economicidade dos gastos;
- a relação custo-produto e custo-benefício;

- a comparação com sistemas análogos, quando pertinente.

Essas análises permitem avaliar se os recursos empregados são compatíveis com os resultados alcançados e se há espaço para ganhos de eficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO APÊNDICE

As etapas e questões sistematizadas neste Apêndice devem ser compreendidas como referenciais analíticos orientadores, cuja aplicação efetiva dependeria de decisão institucional, definição formal de escopo, disponibilidade de dados e maturidade da governança do Sistema de Saúde da Marinha.

Sua inclusão nesta pesquisa visa demonstrar a viabilidade analítica da Avaliação Executiva como instrumento de Monitoramento e Avaliação de políticas públicas setoriais, reforçando a pertinência do referencial do IPEA para a análise de arranjos institucionais complexos no campo da defesa e da saúde militar.

APÊNDICE B – POLICY BRIEF - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SSM

Monitoramento e Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde da Marinha

Resultados da Avaliação Executiva Ex Post (2018–2022) e Propostas de Governança e de Subsídio Técnico

Autor: HUMBERTO NASCIMENTO DO SANTOS

Titulação: Mestre em Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas (ENAP) / Primeiro-Sargento (EF) (Marinha do Brasil)

Data: Dezembro de 2025

1. RESUMO EXECUTIVO

Este Policy Brief apresenta os principais resultados da Avaliação Executiva Ex Post da eficiência produtiva do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), compreendendo o período de 2018 a 2022. Empregamos a metodologia de Análise Envolvente de Dados (DEA - *Data Envelopment Analysis*), um método amplamente aceito de avaliação de desempenho institucional, para analisar matematicamente a relação entre insumos (recursos humanos e capacidade instalada) e resultados (produção de cuidados).

O estudo considerou dois eventos estruturantes recentes:

1. O incremento do efetivo de profissionais de Saúde decorrente da Lei nº 13.954/2019; e
2. Os impactos sistêmicos da pandemia da Covid-19.

Achado Principal: Os resultados indicam uma dissociação progressiva entre a expansão dos insumos e a recuperação da produção assistencial no pós-pandemia, refletindo-se em queda dos indicadores de eficiência técnica.

Conclusão Preliminar: O diagnóstico aponta que a institucionalização de um Sistema de Monitoramento Contínuo de Desempenho constitui o passo lógico subsequente à avaliação realizada. Tal medida permitirá transformar dados administrativos existentes em estratégia gerencial, assegurando que os recursos investidos se convertam, de forma consistente, em valor público e prontidão assistencial.

2. O CENÁRIO ESTRATÉGICO

O Sistema de Saúde da Marinha opera sob pressão estrutural decorrente do aumento dos custos assistenciais (inflação médica) e da transição demográfica da

família naval (envelhecimento), fenômenos que ampliam a demanda por serviços e tensionam a sustentabilidade do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA).

Paralelamente, a reestruturação da carreira militar promovida pela Lei nº 13.954/2019 resultou em um incremento relevante no efetivo de Oficiais de Saúde, ampliando, em tese, a capacidade instalada do sistema.

Neste contexto, a Avaliação Executiva Ex Post buscou responder à seguinte questão estratégica:

"O reforço de pessoal, enquanto insumo, converteu-se em aumento proporcional da produção assistencial e da prontidão no período de 2018 a 2022?"

O objetivo central foi verificar se o sistema retornou aos patamares de produtividade esperados após esses eventos e identificar gargalos operacionais não perceptíveis através da gestão administrativa tradicional.

3. DIAGNÓSTICO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

A aplicação da técnica Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis* - DEA) evidenciou um desencontro entre os recursos disponibilizados e os resultados entregues pelo sistema:

- **Capacidade Potencial:** Observou-se crescimento na disponibilidade de Profissionais de Saúde.
- **Capacidade Realizada:** A produção assistencial não acompanhou a expansão de pessoal na mesma proporção.
- **Recuperação Lenta:** Após a queda natural de produção durante o pico da pandemia, a recuperação observada em 2022 foi inferior ao esperado frente à nova capacidade instalada existente.

Impacto: Como consequência, os indicadores de eficiência apresentaram tendência de queda em relação ao ano-base de 2018, sinalizando aumento do custo relativo por atendimento e possível se deu devido a realocação operacional, em setores específicos durante a pandemia.

Diagnóstico: O SSM apresenta capacidade instalada potencial, porém quando operada em grande pressão como na pandemia, não alcançou índices operacionais alinhados à demanda. Esse cenário se deu em grande medida pela ausência de mecanismos sistemáticos de monitoramento que permitam realocar recursos (físicos e humanos) conforme a demanda real e o desempenho observado.

4. BENCHMARKING INTERNACIONAL

A análise comparativa com experiências internacionais, especificamente o *Military Health System* (MHS) dos Estados Unidos, demonstra uma mudança de paradigma na gestão de saúde militar:

1. A eficiência em saúde não é tratada apenas como variável econômica, mas como componente estratégico da prontidão operativa.
2. Estudos de referência, como abordado por Coppola (et al., 2012) evidenciam que o monitoramento contínuo e métricas de saúde baseada em valor asseguram que o orçamento investido retorne como capacidade operacional efetiva.
3. No modelo internacional, ineficiências assistenciais são compreendidas como vulnerabilidades estratégicas, impactando diretamente a prontidão das forças.

A experiência indica a total viabilidade técnica e institucional da adoção incremental de mecanismos de monitoramento no contexto brasileiro, respeitadas as especificidades da Marinha do Brasil.

5. PLANO DE AÇÃO E GOVERNANÇA

Para assegurar a sustentabilidade do FUSMA e aprimorar o desempenho do SSM, recomenda-se a transição gradual de uma gestão predominantemente administrativa para um modelo de Governança Baseada em Evidências, sem a necessidade de criação de novas estruturas organizacionais onerosas.

Recomendações Táticas

- Instituir indicadores de produtividade por Oficial de Saúde e por especialidade médica/odontológica.
- Incorporar o tempo de atendimento e complexidade nas métricas, superando a análise agregada puramente quantitativa por Organização Militar.

Recomendações Estratégicas

- Vincular a distribuição de novos Oficiais de Saúde (movimentação e recompletamento) às metas assistenciais locais, considerando filas de espera, demanda reprimida e perfil epidemiológico.
- Institucionalizar ciclos anuais de avaliação de desempenho com *benchmarking* interno entre as Organizações Militares de Saúde (OMS).
- Utilizar sistematicamente os resultados dessas avaliações como subsídio decisório para a Alta Administração.

Resultado Esperado: Transformação de dados administrativos brutos em ativo gerencial, garantindo que o incremento de recursos da Lei nº 13.954/2019 gere valor público efetivo e fortalecimento da prontidão assistencial da Marinha do Brasil.